Inventaire des outils cliniques en négligence

Rapport final

Geneviève Turcotte
Chantal Pilote

avec la collaboration de
Doris Châteauneuf
Geneviève Lamonde
Suzanne Young

Septembre 2012

Préparé pour le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec







Inventaire des outils cliniques en négligence

Rapport final

Préparé pour le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Septembre 2012

GROUPE DE TRAVAIL 

Chargées de projet et responsables de la rédaction du rapport

Geneviève Turcotte, chercheure, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire

Chantal Pilote, chercheure, Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire

Doris Châteauneuf, agente de planification, de programmation et de recherche, Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire

Geneviève Lamonde, agente de planification, de programmation et de recherche, Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire

Suzanne Young, agente de planification, de programmation et de recherche, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire

Membres du comité stratégique

Sylvie Constantineau, directrice des services professionnels et des affaires universitaires, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire

Sylvie Nadeau, directrice du développement de la pratique professionnelle et des affaires universitaires, Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire

Sylvie Normandeau, directrice scientifique, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire

MEMBRES DU COMITÉ CONSULTATIF 

Gino Beaudoin, directeur de la qualité, de la gestion intégrée des risques et de l'optimisation, Centre de santé et services sociaux Matapédia

Lucette Beaumont, adjointe à la directrice du développement de la pratique professionnelle et des affaires universitaires, Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire

Louise Bourassa, directrice des services professionnels, Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Claire-Marie Dionne, psychoéducatrice et coordonnatrice professionnelle, Service Famille-Enfance-Jeunesse et Santé publique 0-5 ans, Centre de santé et services sociaux St-Léonard-St-Michel

Susan Gallo, cadre à l'élaboration des programmes cliniques, Les Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw

Carl Lacharité, professeur, Université du Québec à Trois-Rivières

Odette Ouellet, chargée de projet, Centre de santé et services sociaux Estrie

Maryse Pesant, psychologue, chef d'équipe santé mentale 2e niveau, Centre jeunesse de la Montérégie

Nancy Roberge, agente de planification, de programmation et de recherche, direction de la qualité des services, Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre du Québec

Georges, M. Tarabulsy, professeur, Université Laval

LISTE DES EXPERTS CONSULTÉS 

Jean Boudreau, consultant, Association des centres jeunesse du Québec

Michèle Brousseau, (retraitée), Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire

Suzanne Dessureault, adjointe à la directrice de la protection de la jeunesse, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire

Daniel Dufault, pilote de projet, SOGIQUE

Danielle Lessard, coordonnatrice de recherche, projet AIDES, Université de Montréal

Sylvie Moisan, professeur, Université Laval

Nico Trocmé, professeur, Université McGill

MISE EN PAGE 

Claire Caron, agente administrative, Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire

Alina Dornescu, agente administrative, Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire

Roberte Ferland, agente administrative, Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire

Dans le présent document, le générique masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Dépôt légal : 3e trimestre 2012
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN : 978-2-89218-254-5



Remerciements

Ce rapport est le fruit d'un travail auquel plusieurs personnes ont collaboré. Le groupe de travail tient à souligner la contribution de chacun à la réalisation de cette étude dont il assume toutefois l'entière responsabilité.

Nos remerciements s'adressent d'abord aux informateurs clés dans les centres jeunesse (CJ) et les centres de santé et de services sociaux (CSSS) qui ont accepté de consacrer plusieurs heures de leur précieux temps pour compléter la grille de consultation. Nous sommes également reconnaissantes aux nombreux experts et aux intervenants, utilisateurs d'outils cliniques en négligence, qui ont partagé leurs connaissances et leurs expériences avec l'équipe de recherche tout au long de cette démarche. Nous tenons à souligner la précieuse collaboration de Mme Monick Coupal, conseillère en organisation des services à l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), qui a facilité la collecte de données auprès des informateurs clés des CSSS. Merci également à Mme Line Marquis, bibliothécaire au Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire, pour son soutien inestimable dans le repérage et la sélection des publications pertinentes pour la réalisation de ce mandat. Un merci tout spécial, enfin, à Mmes Claire Caron, Alina Dornescu et Roberte Ferland qui ont assumé la mise en page de ce document, avec toute la rigueur qu'on leur connaît.

Mentionnons enfin que cette recherche a été rendue possible grâce au soutien financier du ministère de la Santé et des Services sociaux.

Table des matières

Annexes

Tableaux

Liste des acronymes

ACJQ	Association des centres jeunesse du Québec
AÉO	Accueil-Évaluation-Orientation
AIDES	Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité
AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
ASEBA	Achenbach System of Empirically Base Assessment
ASQ	Ages and Stages Questionnaires (Questionnaire sur les étapes du développement)
ASQ-SE	Ages and Stages Questionnaires-Social Emotional
CABE	Cahier d'analyse des besoins de développement de l'enfant
CAPI	Inventaire du potentiel d'abus (Child Abuse Potential Inventory)
CBCL	Child Behavior Checklist
CJ	Centre jeunesse
CJCA	Centre jeunesse Chaudière-Appalaches
CJM-IU	Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire
CJQ-IU	Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire
CLL	Childhood Level of Living Scale
CPE	Centre de la petite enfance
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CWBC	Child Well-Being Scales
FAF	Family Assessment Form
GED	Grille d'évaluation du développement
HOME	Home Observation for Measurement of the Environment
ICBE	Inventaire concernant le bien-être de l'enfant
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ISP	Indice de stress parental
ISSF	Inventaire de soutien social et familial
MCNS	Mother-Child Neglect Scale
MNBS	Multidimensional Neglectful Behavior Scale
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PACE	Programme d'action communautaire pour enfants
PAPFC	Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire
PNF	Programme national de formation
RUIJ	Réseau universitaire intégré jeunesse
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
SSP	Système de soutien à la pratique
TSCC	Trauma Symptom Checklist for Children
TSCYC	Trauma Symptom Checklist for Young Children

Introduction

Les enfants exposés à une situation de négligence constituent l'un des groupes les plus vulnérables dans nos sociétés. Au cours des dernières années, les études se sont multipliées démontrant les effets délétères durables sur le bien-être et le développement des enfants du manque d'attention, d'affection et de stimulation souvent associés à la négligence (Perreault & Beaudoin, 2008; Éthier, Bourassa, & Kappler, 2006; Lacharité, Éthier, & Nolin, 2006; Slack, Holl, Altenbernd, McDaniel, & Stevens, 2003).

Ces constats sont très préoccupants puisque le phénomène est assez répandu. La négligence envers les enfants est en effet le type de mauvais traitement le plus fréquemment rapporté au Québec (Turcotte, Trocmé, *et al.*, 2007), au Canada (Trocmé *et al.*, 2005) et partout en Occident. Dans son dernier bilan annuel, l'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ, 2011) relevait une hausse de signalements concernant les cas de négligence au Québec. Les problématiques de négligence et de risque sérieux de négligence sont au premier rang des motifs de signalements retenus chez les enfants de 0 à 5 ans et de 6 à 12 ans en 2009-2010 et 2010-2011. Les intervenants qui œuvrent dans les CSSS sont également confrontés à des situations de détresse sociale qui constituent un risque sérieux de négligence ou des cas de négligence avérée pour lesquels la sécurité et le développement ne sont pas compromis (Éthier, Couture, Lacharité, & Gagnier, 2000). En raison de son ampleur et de son caractère chronique et récurrent, la négligence représente donc un défi important pour les intervenants des établissements de services sociaux qui doivent en particulier disposer d'outils cliniques valides pour soutenir leurs observations, leur analyse clinique et le processus de prise de décision, ainsi que pour optimiser l'intervention et mesurer les progrès réalisés.

L'offre de services 2007-2012 du *Programme-services Jeunes en difficulté* du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2007) contient une description de 22 programmes ou services qui devront avoir été mis en place en 2012. Un de ceux-ci est le programme d'intervention en négligence, sous la responsabilité des centres de santé et de services sociaux (CSSS), en collaboration avec les centres jeunesse (CJ). Ce programme vise ultimement à : 1) développer ou restaurer les habiletés et compétences liées à l'exercice du rôle parental et diminuer le stress parental; 2) éliminer les éléments pouvant mener à la compromission ou au risque de compromission; 3) éviter les signalements dans le contexte LPJ; 4) diminuer le recours au placement; 5) favoriser l'intégration sociale des familles ; et 6) diminuer la transmission intergénérationnelle de la problématique de la négligence. L'offre de service précise que cela doit se faire par un ensemble d'interventions multidimensionnelles, diversifiées, constantes et de longue durée, auprès de parents négligents ou à risque de négligence, et de leurs enfants.

Outre ces objectifs, l'offre de service du MSSS cible certains standards d'accessibilité, de qualité, de continuité, d'efficacité et d'efficience propre au programme négligence. Un des standards de qualité préconisés pour ce programme est l'utilisation, par les intervenants, d'« outils d'évaluation validés » (MSSS, 2007, p. 30). C'est dans ce contexte que le MSSS a

confié au Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (CJQ-IU) et au Centre jeunesse de Montréal – Institut (CJM-IU), dans le cadre des activités du Réseau universitaire intégré jeunesse (RUIJ), le mandat de « dresser un inventaire des outils cliniques disponibles pour évaluer la négligence et d'en faire une analyse de pertinence, et ce, dans la perspective de rejoindre l'intérêt des CSSS et des CJ ». Plus spécifiquement, le mandat consiste à :

- Circonscrire les besoins des intervenants de CSSS et de CJ en matière d'outils cliniques dans le cadre de l'intervention en négligence;
- Dresser un inventaire des outils cliniques en négligence, au Québec ou ailleurs, répondant aux besoins déterminés préalablement, notamment à partir d'une revue de littérature sur le sujet;
- Élaborer une grille d'analyse de la pertinence des outils cliniques retenus;
- Procéder à une analyse de la pertinence des outils cliniques retenus;
- Énoncer des recommandations au MSSS.

Le présent document vise à répondre à ce mandat. La section 1 présente certains préalables au choix d'outils en négligence qui ont conduit l'équipe de recherche à spécifier les objectifs du mandat. Ces préalables touchent : 1) à la signification que l'on doit donner à la notion d'outils cliniques; 2) à certains enjeux liés au choix d'outils cliniques en négligence; et 3) aux conditions à mettre en place pour favoriser l'implantation d'outils cliniques dans les établissements visés par l'étude. La section 2 aborde la démarche méthodologique retenue, d'une part, pour évaluer les besoins des CSSS et des CJ en matière d'outils cliniques dans le champ de la négligence et, d'autre part, pour repérer les principaux outils susceptibles d'être utilisés dans ces établissements. Les résultats de cette démarche sont présentés à la section 3. Le document se termine avec une conclusion générale et certaines recommandations.



1. Constats liés au mandat

En amorçant les travaux visant à répondre au mandat décrit au point précédent, le groupe de travail s'est interrogé sur certains préalables au choix d'outils en négligence qui l'ont conduit à préciser certains éléments du mandat. Ces préalables touchent 1) à la signification que l'on doit donner à la notion d'outils cliniques; 2) à certains enjeux liés au choix d'outils cliniques en négligence; et 3) aux conditions à mettre en place pour favoriser l'implantation d'outils cliniques dans les établissements visés par l'étude.

1.1. Notion d'outils cliniques

La première question qui s'est posée au groupe de travail est celle de la signification conférée à la notion d'outils cliniques qui au premier abord apparaissait très large et relativement abstraite. L'équipe a retenu la définition suivante adoptée dans le Guide des outils cliniques en centre jeunesse (ACJQ, 2009a) : « Un outil clinique est un instrument validé qui peut contribuer à soutenir l'analyse rigoureuse d'une problématique, à établir des cibles pertinentes d'action, à favoriser une meilleure intervention ou à en mesurer les effets. »

Comme cette définition le sous-tend, il existe plusieurs types d'outils cliniques. Le guide des outils cliniques en identifie quatre catégories (ACJQ, 2009, p. 5-6) :

① Les outils de dépistage qui « visent à explorer la présence de facteurs de risque et à situer leur intensité […] généralement en vue d'une intervention précoce; au besoin, ils peuvent donner lieu à une évaluation plus approfondie ».

② Les outils de soutien à l'évaluation qui « en précisant les besoins particuliers, les niveaux de risque ou le profil individuel d'un enfant ou d'un adolescent » […] permettent de mieux cibler les actions à poser et « favorisent une meilleure planification de l'intervention ».

③ Le système expert défini comme un logiciel permettant un traitement de données destiné à faciliter la prise de décision face à des problèmes complexes.

④ Les outils de soutien à l'intervention permettant l'actualisation et le suivi des pratiques recommandées.

Précisions quant au type d'outils cliniques à recenser

Compte tenu des délais dont disposait le groupe de travail pour réaliser ce mandat, la première décision fut de restreindre l'inventaire des outils cliniques aux trois premières catégories d'instruments, soit les outils de dépistage, les outils de soutien à l'évaluation et le système expert.

1.2. Enjeux et défis reliés au choix d'outils cliniques en négligence

En dépit de la forte prévalence du phénomène de la négligence et de ses effets délétères durables de ce problème sur le bien-être et le développement des enfants, toutes les études recensées mettent en évidence l'absence d'outils cliniques comportant assez de qualités conceptuelles et métrologiques pour pouvoir dépister et évaluer adéquatement la négligence (Harrington, Zuravin, DePanfilis, Ting, & Dubowitz, 2002; Gershater-Molko, Lutzker, & Sherman, 2003; Straus & Kaufman Kantor, 2005; Lounds, Borkowski, & Whitman, 2006; Stowman & Donohue, 2005; Zuravin, 1999). Cela tient en grande partie à la complexité de la problématique, la négligence étant un phénomène hétérogène quant aux comportements, expériences, situations et conséquences qui la caractérisent. Quatre facteurs sont à l'origine de ces difficultés qui constituent autant de défis pour le choix d'une mesure : 1) l'absence de consensus sur la définition du problème; 2) le caractère multifactoriel de son étiologie; 3) la complexité des conséquences sur l'enfant; et 4) le caractère circonstanciel ou chronique de la négligence.

1.2.1. Absence de consensus sur la définition du problème

Une des raisons principales à l'origine de cette relative absence d'outils de mesure standardisés de la négligence est la difficulté de délimiter conceptuellement les contours du problème. La recherche a souvent eu tendance à traiter le phénomène des mauvais traitements comme une variable unidimensionnelle, l'analyse des similitudes et des différences dans l'étiologie et les conséquences des différentes formes de maltraitance restant embryonnaires. Cela n'est pas étonnant si l'on considère qu'une bonne proportion des situations de négligence impliquerait également d'autres formes de mauvais traitements.

Par ailleurs, un regard posé sur les efforts de conceptualisation de la négligence fait ressortir l'absence de consensus quant à la définition du problème et de ses manifestations. Les objets de débat sur cette question sont restés les mêmes depuis plusieurs années dans la littérature scientifique et clinique sur la négligence (Allin, Wathen, & MacMillan, 2005; Perreault & Beaudoin, 2008; DePanfilis, 2006; Dubowitz, Pitts, & Black, 2004; Éthier *et al.*, 2006; Gaudin, 1993; Hearn, 2011; Slack *et al.*, 2003; Stowman & Donohue, 2005; Stauss & Kaufman Kantor, 2005; Watson, 2005). On peut toutefois identifier certaines constantes susceptibles de fournir des éléments clés à considérer dans l'évaluation de la validité conceptuelle des outils cliniques qui pourraient être utilisés dans les CJ et les CSSS.

Les définitions les plus prometteuses sont centrées sur les besoins fondamentaux de l'enfant et sur la capacité du système familial, du réseau social et de la collectivité à répondre à ces besoins (Dubowitz *et al.*, 2004; Lacharité *et al.*, 2006; United Kingdom, 2001). La notion de besoins fondamentaux regroupe ici trois types de besoins variant en intensité selon les stades de développement de l'enfant : psychologiques (affection, attention, protection et stabilité), physiques (alimentation, logement, habillement et soins de santé) ou éducatifs (stimulation, socialisation, surveillance, supervision et encadrement) (United Kingdom, 2001; Lacharité *et al.*, 2006). Ces définitions qui ont le mérite principal de ne pas faire porter tout le blâme aux parents sont

également cohérentes avec le modèle écosystémique qui reconnaît que les situations de négligence et les mécanismes qui les engendrent résultent d'un système d'interrelations complexes entre les caractéristiques des parents, des enfants, de la relation parents-enfants et celles de leur environnement proximal et distal. Ces définitions ne sont toutefois pas exemptes d'ambigüités, lesquelles ne sont pas sans incidence sur la mesure de la négligence. Ces ambigüités sont attribuables à la diversité de normes qui régissent la définition des besoins fondamentaux de l'enfant et des comportements appropriés chez les parents, en fonction des cultures, des régions et des époques (Lacharité *et al.*, 2006; Slack *et al.*, 2003). Toutefois, un type de besoins semble faire consensus dans la communauté scientifique internationale : celui d'établir des relations affectives stables avec des personnes ayant la capacité et étant disposées à porter attention et à se soucier des besoins de l'enfant (Brazelton & Greenspan, 2000; CJM-IU, 2011; Crittenden, 1999; Hrdy, 1999).

La négligence se définit davantage par le fait d'omettre plutôt que par celui de commettre, par l'absence de gestes ou de comportements appropriés pour assurer la sécurité, le développement et le bien-être de l'enfant que par la présence de conduites néfastes envers l'enfant (Perreault & Beaudoin, 2008; Dubowitz *et al.*, 2004; Éthier *et al.*, 2006; Slack *et al.*, 2003; Stowman & Donohue, 2005). Au terme d'une analyse des principaux enjeux suscités par l'acte de définir la négligence envers les enfants, Lacharité et ses collaborateurs (2006, p. 385), par exemple, adoptent une définition selon laquelle : « la négligence se manifeste par une carence significative (voire une absence) de réponse à des besoins d'un enfant, ceux-ci étant reconnus comme fondamentaux sur la base de connaissances scientifiques actuelles ou, en l'absence de celles-ci […] de valeurs sociales adoptées par la collectivité dont fait partie ce dernier ». Si intéressante soit-elle, cette définition, adoptée par le Programme national de formation (ACJQ, 2008), pose tout de même un problème pour la mesure de la négligence : il est en effet difficile de mesurer un construit qui implique essentiellement l'absence ou l'omission.

Un des objets de débat dans la littérature sur la mesure de la négligence réside dans la question suivante : « Doit-on proposer une mesure globale de la négligence ou tenir compte des types de négligence? » Il est désormais acquis que la négligence peut prendre des formes diverses impliquant une étiologie, des expériences et des conséquences différentes et exigeant en ce sens des modes d'intervention particuliers (Dubowitz *et al.*, 2004; Slack *et al.*, 2003). Par exemple, une alimentation inadéquate (négligence physique) est une expérience très différente de l'absence de manifestations d'affection chez le parent (négligence psychologique ou émotionnelle). La mesure de la négligence doit donc tenir compte du fait que cette problématique est une réalité multidimensionnelle. Il n'y a cependant pas de consensus dans la littérature quant aux typologies à retenir. Les premières définitions de la négligence étaient centrées sur les manifestations physiques du problème (alimentation, logement, habillement, soins personnels et de santé), plus concrètes, plus apparentes et donc plus faciles à mesurer. Les typologies plus récentes regroupent plusieurs autres manifestations de la négligence dont la négligence psychologique ou émotionnelle, beaucoup plus difficile à reconnaître et à quantifier. Sur la base des besoins fondamentaux répertoriés dans la recherche, Lacharité *et al.* (2006)

distinguent, par exemple, les trois types suivants de négligence : physique (alimentation, logement, habillement et soins de santé), éducative (stimulation, surveillance, supervision, encadrement) et affective (absence de manifestations d'affection ou de disponibilité psychologique). Certains ajoutent la négligence de supervision et la négligence médicale. C'est le cas de Trocmé et ses collaborateurs (2005) qui répertorient huit formes de négligence : 1) le défaut de superviser entraînant des sévices physiques; 2) le défaut de superviser ou de protéger entraînant des abus sexuels; 3) la négligence physique; 4) la négligence médicale; 5) le défaut de soins pour un traitement psychologique ou psychiatrique; 6) une attitude permissive à l'égard d'un comportement criminel; 7) l'abandon ou le refus d'assurer la garde; et 8) la négligence éducative. Certains ouvrages proposent d'ajouter à ces types de négligence, la négligence environnementale (Dubowitz, 2004; National Research Council, 2003) ou communautaire (CJM-IU, 2011) caractérisée par l'absence ou l'insuffisance de ressources destinées au soutien des enfants et des familles, l'inefficacité des politiques ou des programmes de lutte à la pauvreté et à l'exclusion, et l'insécurité de certains quartiers.

Au Québec, la définition proposée par la Loi sur la protection de la jeunesse (articles 38b et 38c) reconnaît le caractère multidimensionnel de la négligence. Selon cette définition, il y a une situation de négligence :

> « Lorsque le parent d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répond pas à ses besoins fondamentaux :
>
> - soit sur le plan physique, en ne lui assurant pas l'essentiel de ses besoins d'ordre alimentaire, vestimentaire, d'hygiène ou de logement, compte tenu de leurs ressources;
> - soit sur le plan de la santé, en ne lui assurant pas ou en ne lui permettant pas de recevoir les soins que requiert sa santé physique ou mentale;
> - soit sur le plan éducatif, en ne lui fournissant pas une surveillance ou un encadrement approprié ou en ne prenant pas les moyens nécessaires pour assurer sa scolarisation;
>
> Lorsqu'il y a risque sérieux que les parents d'un enfant ou la personne qui en a la garde ne répondent pas à ses besoins fondamentaux. »

L'article 38c qui définit les mauvais traitements psychologiques décrit des comportements qui sont très proches des manifestations de la négligence dite émotionnelle. Selon cet article, il y a une situation de mauvais traitements psychologiques :

> « Lorsque l'enfant subit, de façon grave ou continue, des comportements de nature à lui causer un préjudice de la part de ses parents ou d'une autre personne et que ses parents ne prennent pas les moyens nécessaires pour mettre fin à la situation. Ces comportements se traduisent notamment par de l'indifférence, du dénigrement, du rejet affectif, de l'isolement, des menaces, de l'exploitation, entre autres si l'enfant est forcé à faire un travail disproportionné par rapport à ses capacités, ou par l'exposition à la violence conjugale ou familiale. »

1.2.2. Caractère multifactoriel de l'étiologie de la négligence

Il y a depuis toujours un débat dans la littérature scientifique et clinique sur ce que doit être la cible de la mesure de la négligence : « Doit-on partir des caractéristiques des parents, des besoins des enfants, du contexte social ou des trois? » (Slack *et al.*, 2003). Le groupe de travail se rallie aux auteurs qui estiment que le choix des outils cliniques en négligence doit refléter le caractère multifactoriel de l'étiologie du phénomène (Brousseau, Beaudry, Simard, & Charbonneau, 2009; Perreault & Beaudoin, 2008; Lacharité *et al.,* 2006; Stith *et al.*, 2009). La problématique de la négligence serait le résultat d'une double perturbation, celle, d'une part, de la relation entre les figures parentales et l'enfant (faible taux d'interaction, difficulté des parents à manifester une disponibilité émotionnelle à l'enfant, à décoder ses signaux, problèmes de sensibilité parentale); et celle, d'autre part, du rapport entre la famille et la collectivité à laquelle elle appartient (isolement social, conflits interpersonnels). Dans le choix des outils de dépistage ou d'évaluation de la négligence, le groupe de travail adopte donc une perspective écosystémique selon laquelle les situations de négligence et les mécanismes qui les engendrent résultent d'un système d'interrelations complexes entre les caractéristiques des parents, des enfants, de la relation parents-enfants et celles de leur environnement proximal et distal.

En ce qui concerne les **caractéristiques des parents**, les études recensées identifient certains facteurs qui sont plus susceptibles d'être associés à la négligence : 1) des problèmes de santé mentale (dont la dépression); 2) le stress parental; 3) l'abus de substance; 4) des symptômes traumatiques non résolus liés à une histoire d'abus et de mauvais traitements dans l'enfance (pertes affectives, rejet, abandon); 5) une faible capacité intellectuelle; 6) des déficits au niveau des compétences sociales (impulsivité, faible estime de soi, méfiance); et 7) l'absence de liens affectifs stables dans l'enfance (Éthier *et al.*, 2006; Perreault & Beaudoin, 2008). Ces problèmes se répercutent sur le fonctionnement familial et sur la manière dont les parents assument leurs fonctions de protection et de socialisation des enfants.

Parmi les **caractéristiques des enfants** les plus souvent associées à la négligence figurent : la prématurité, un faible poids à la naissance, un tempérament irritable, un handicap, des difficultés d'apprentissage ou un retard de développement des enfants (DePanfilis, 2006).

La négligence est aussi le résultat de certaines **caractéristiques du contexte à l'intérieur duquel s'inscrivent les relations parents-enfants** (Bédard, 1998; Éthier & Lacharité, 2001; Mayer, 2007). Les familles aux prises avec des problématiques de négligence vivent bien souvent dans un contexte de précarité tant au niveau socioéconomique (pauvreté, endettement et problèmes de logement) que relationnel (difficultés d'accès au réseau d'entraide, aux services formels et à la participation sociale, absence de repères et de modèles sociorelationnels, notamment pour encadrer le rôle de parent) et culturel (sous-scolarisation, déficit d'intégration à la société d'accueil). Mais elle est aussi un effet de dynamiques sociales globales qui fragilisent certains individus : déséquilibre du marché de l'emploi qui exclut les salariés moins bien préparés, appauvrissement des réseaux sociaux de proximité, compressions budgétaires affectant les politiques sociales et les services.

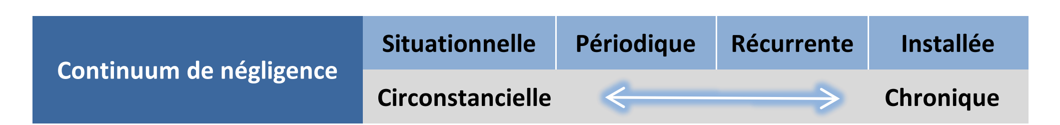
1.2.3. Complexité des conséquences sur l'enfant

Généralement, on reconnaît que pour qu'il y ait négligence, l'absence de réponses aux besoins de l'enfant doit entraîner la présence ou un risque significatif de conséquences négatives pour le bien-être et le développement de cet enfant (Perreault & Beaudoin, 2008; Dubowitz *et al.*, 2004; Lacharité *et al.*, 2006). La négligence étant définie comme une omission, elle est souvent repérée de manière indirecte, c'est-à-dire par l'observation de ses conséquences sur les enfants. À la lumière des connaissances scientifiques récentes, Lacharité et ses collaborateurs (2006) identifient quatre domaines de manifestations des conséquences sur les enfants : 1) une augmentation du risque de mortalité et de morbidité; 2) une augmentation des risques d'exposition à d'autres formes de mauvais traitements; 3) une limitation des expériences positives permettant de stimuler ses potentialités personnelles et son rapport au monde; 4) des séquelles développementales touchant au fonctionnement sensoriel et neurocognitif (difficultés d'attention, de concentration, de motivation, échecs scolaires), à l'engagement social et à la communication (retrait social), à l'expression et la régulation des affects, à l'attachement et aux représentations de soi et des autres.

1.2.4. Caractère circonstanciel ou chronique de la négligence

Un grand nombre de chercheurs et d'études ont mis en évidence l'importance d'inscrire la définition et la mesure de la négligence dans un continuum de gravité ou de sévérité (Cahn & Nelson, 2009; CJQ-IU, 2006; Perreault & Beaudoin, 2008; Hearn, 2011; Straus & Kaufman Kantor, 2005; Tanner & Turney, 2003; Wilson & Horner, 2005). Ils estiment généralement qu'une distinction doit être faite entre la négligence transitoire ou circonstancielle et la négligence chronique. La première forme survient suite à un événement ponctuel perturbateur de la vie familiale tandis que la deuxième est persistante et peut se reproduire sur plusieurs générations. Les parents (mères ou pères) qui ont un profil de négligence chronique ont davantage tendance à présenter des traumatismes non résolus, une histoire d'attachement marquée par les ruptures, une faible capacité intellectuelle, des symptômes dépressifs, une consommation abusive d'alcool et de drogues et des problèmes de sensibilité parentale. Les problèmes d'attachement et de sensibilité parentale sont considérés aujourd'hui comme étant au cœur de la négligence sévère et chronique. Les cas de négligence chronique sont particulièrement préoccupants, car les conséquences pour les enfants sont plus graves (comportements agressifs, anxiété, dépression, retrait social).

Le *Guide de pratique : Intervention psychosociale en négligence auprès des usagers 6-13 ans* du CJQ-IU (2006, p. 1-3) définit quatre types de négligence en fonction d'un continuum de sévérité et de chronicité : situationnelle, périodique, récurrente et installée.



- Clientèle de la **négligence situationnelle**

« La famille traverse une période de sa vie caractérisée par des évènements ou des bouleversements qui briseront un équilibre, peut-être fragile, mais qui avait pourtant sa place auparavant. Dans ce contexte, la sécurité ou le développement des enfants « pourrait être » compromis. La négligence est alors circonstancielle. On est le plus souvent capable, auprès de ce type de clientèle, d'identifier un ou des évènements ponctuels qui auront pour conséquence de perturber le mode de vie familiale. »

- Clientèle de la **négligence périodique**

« La famille a connu des périodes de vie fonctionnelles qui nous indiquent qu'elle possède des capacités. Les membres de la famille présentent des expériences passées, des ressources internes et externes de même que des conditions de vie plus favorables et moins désorganisées que les clientèles des deux prochains niveaux. […] On retrouve le plus souvent des problèmes sur plus d'un aspect et des difficultés qui peuvent s'être déjà manifestées dans le passé, sans pour autant parler à cette étape de chronicité. »

- Clientèle de la **négligence récurrente**

« La négligence est la résultante de lacunes, sur le plan des ressources internes et externes, des parents à exercer leurs rôles. On se questionne ici sur le potentiel de répondre aux besoins physiques, affectifs, éducatifs et sociaux de la famille. L'ouverture à l'intervention pourra être présente et offrir une perspective intéressante pour le changement. Le défi se traduit dans la mise en action, au quotidien, pour apporter les correctifs voulus, contrecarrer les habitudes et les modèles appris. »

- Clientèle de la **négligence installée**

« La clientèle présente des lacunes sur le plan des ressources internes et externes qui influencent sa motivation ainsi que l'exercice des fonctions parentales. […] Le pronostic concernant la diminution des conduites négligentes est plus sombre. Les parents présentent peu de motivation à modifier la situation. Un doute important est présent quant à leurs capacités à le faire. ».

Précisions quant aux principes présidant au choix d'outils cliniques en négligence

Sur la base des considérations précédentes, il apparaît nécessaire que le choix des outils cliniques en négligence repose sur une lecture écosystémique du phénomène afin, notamment, d'éviter de faire porter tout le blâme aux parents.

Les rares études disponibles sur les enjeux entourant l'évaluation des situations de négligence suggèrent que le choix d'outils d'évaluation de la négligence doit tenir compte, dans la mesure du possible, des facteurs suivants : 1) les différentes formes de négligence; 2) la chronicité et la gravité de ses manifestations; 3) l'âge et le stade de développement des enfants; 4) les conséquences potentielles sur le développement de l'enfant; ainsi que 5) les divers domaines d'influence du phénomène : caractéristiques des parents, des enfants, de la relation parents-enfants et de la relation du système familial avec son environnement proximal et distal (Hearn, 2011; Stowman & Donohue, 2005). **Ces études en concluent qu'aucun outil ne peut à lui seul se conformer à toutes ces exigences.**

Cela a des impacts sur la façon dont le groupe de travail a orienté ses travaux. Le groupe de travail a pris la décision de ne pas limiter la recension aux outils spécifiquement axés sur la négligence : la recension est centrée sur l'ensemble des outils cliniques susceptibles d'être pertinents pour la pratique en négligence. **L'objectif est donc de proposer un ensemble d'outils pour mesurer toutes les facettes de la réalité de l'enfant négligé, tenant compte notamment des principaux domaines d'influence de la négligence et des conséquences sur l'enfant, et susceptibles d'être utilisés en complémentarité**.

1.3. Enjeux et défis liés aux conditions d'implantation des outils cliniques

La littérature scientifique et clinique identifie les conditions d'implantation des outils cliniques comme l'un des enjeux clés de l'évaluation psychosociale des familles vulnérables (Akin, McDonald, & Tullis, 2010; DePanfilis, 1996; Gambrill & Shlonsky, 2000; Knoke & Trocmé, 2005; Hugues & Rycus, 2007; Tarabulsy, Pronovost, Drapeau & Rochette, 2008). Il ressort de ces études qu'il est essentiel avant de proposer des outils cliniques aux milieux de pratique de s'assurer que certaines conditions soient mises en place pour en favoriser une implantation réussie et une utilisation adéquate. À défaut de le faire, on s'expose à des évaluations qui risquent d'être invalides, ce qui n'est pas sans conséquence, puisque toute évaluation donne une direction à l'intervention et mène à des décisions susceptibles de changer la vie d'une famille.

Ces constats, maintes fois répétés, trouvent leur source dans certains résultats d'études évaluatives qui suggèrent que les modèles d'évaluation du risque ne sont pas toujours implantés selon ce qui est prévu par les concepteurs (Lyons, Doueck, & Wodarski, 1996). Les résultats de ces études montrent que les outils cliniques sont souvent complétés après que l'évaluation a été faite et les décisions prises, qu'ils sont donc utilisés comme un moyen de documenter les décisions plutôt que comme un guide dans le processus de prise de décision. D'autres études montrent que, même dans les cas où des outils valides sont disponibles, ils sont inégalement utilisés par les praticiens, soit parce qu'ils n'en voient pas la pertinence pour leur travail, soit parce qu'ils estiment que cela ajoute à leur tâche, soit enfin parce qu'ils craignent que soit minimisée l'importance du jugement clinique (White & Walsh, 2006).

Les auteurs consultés mettent en relief les défis suivants à relever pour favoriser une utilisation optimale des outils cliniques auprès des populations vulnérables.

1.3.1. Formation continue et supervision clinique systématique et régulière

Il existe un consensus dans la littérature scientifique et clinique quant à l'importance d'assurer une formation continue sur les lieux de travail, de planifier des activités de soutien à l'intégration des outils dans les pratiques (activités de transfert des apprentissages, « coaching »). Tous les auteurs s'entendent également sur le fait que le soutien du supérieur hiérarchique ainsi qu'une supervision clinique systématique et régulière axée sur les habiletés d'analyse critique et de synthèse des informations sont des éléments essentiels d'une implantation réussie (DePanfilis, 1996; Gambrill & Shlonsky, 2000; Knocke & Trocmé, 2005; White & Walsh, 2006).

1.3.2. Mise en place des mécanismes de suivi de la qualité

Pour s'assurer que les instruments sont implantés convenablement, les auteurs consultés insistent également sur l'importance de mettre en place des mécanismes de suivi de la qualité dans les procédures d'administration, de saisie et d'interprétation des données (monitoring) (Knocke & Trocmé, 2005).

1.3.3. Adhésion et engagement des intervenants à l'égard des outils

Pour que les praticiens voient mieux la pertinence et le sens clinique des outils qu'ils auront à utiliser, les auteurs consultés prônent l'adoption d'approches participatives visant à impliquer les intervenants dans le choix et le processus d'implantation des outils. De telles approches sont connues pour favoriser l'adhésion, l'appropriation et la mobilisation au changement qu'implique inévitablement l'introduction d'outils d'évaluation dans la pratique.

1.3.4. Adaptation des modes d'organisation du travail

Parmi les facteurs problématiques pour l'implantation efficace des outils d'évaluation figurent certaines caractéristiques du contexte organisationnel et des conditions de pratique des intervenants appelés à utiliser ces outils. On pense notamment aux mouvements de personnel dans les équipes qui travaillent auprès des jeunes enfants. Il en résulte une discontinuité de l'intervention, une perte d'expertises et un niveau d'appropriation des outils très inégal d'un intervenant à l'autre, lesquels font obstacle à la rigueur recherchée dans l'évaluation psychosociale.

Par ailleurs, un des principaux obstacles auxquels les intervenants se heurtent dans l'intégration d'outils à leur pratique quotidienne est le manque de temps lié à la charge de travail. Notons que le vocable « charge de travail » recoupe plusieurs réalités différentes chez les intervenants. Le plus souvent, la notion réfère au nombre jugé trop élevé de dossiers dont les intervenants ont la responsabilité, mais on peut aussi penser aux pressions pour rendre les services avec intensité et aux facteurs impondérables de la tâche – les urgences, les

comparutions au tribunal – qui font parfois obstacle à la disponibilité des intervenants pour les rencontres d'intégration et les nombreuses observations qu'exigerait une utilisation optimale des outils.

La solution à ces problèmes exige une certaine adaptation des modes d'organisation du travail. Elle pourrait notamment résider dans l'instauration de modalités de travail en équipes multidisciplinaires susceptibles de favoriser le soutien mutuel, le partage de la charge de travail, la validation des décisions et le partage des expertises (Olds, Sandler, & Kitzman, 2007; Tarabulsy *et al.*, 2008). Parmi les solutions envisageables, on peut également penser à la création d'équipes spécialisées pour soutenir l'évaluation et la prise de décision dans les cas complexes.

1.3.5. Inscription du choix des outils dans un processus clinique intégré, un programme ou une politique

Une des conditions de succès de l'implantation d'outils cliniques est que les objectifs et les messages qui sous-tendent le recours à ces outils soient cohérents et explicites. L'inscription des outils dans un processus clinique, une politique ou un programme cohérent fait en sorte que l'utilisation de l'outil fait sens pour les acteurs impliqués dans le processus.

1.3.6. Participation des parents

Il faut, dans le choix et l'implantation des outils, tenir compte également de ce que ces processus impliquent pour les familles. Plusieurs parents ciblés par les outils ne sont pas des participants volontaires et ne reconnaissent pas qu'ils ont un problème. Si trop de mesures sont utilisées, si le processus d'évaluation est long et perçu comme invasif, si les familles n'en perçoivent pas les bénéfices, il y aura un taux d'attrition important. Pour relever le défi de la participation des parents à ces processus, l'évaluation devrait se faire en partenariat avec la famille. Certains auteurs (Lacharité, 2009, 2011) prônent le recours aux approches qui placent le réseau informel élargi au cœur des décisions concernant le projet d'un enfant, telles que les conférences familiales (family group conferencing) ou les cercles de la famille.

1.3.7. Présence des ressources nécessaires

Des ressources humaines, matérielles et financières doivent être présentes et suffisantes dans chacun des établissements pour permettre une implantation avec succès et des conditions favorables à l'utilisation des outils cliniques dans les situations de négligence.

Précisions quant à l'objectif de formulation de recommandations au MSSS

Il ressort des études consultées qu'il est essentiel avant de proposer des outils cliniques aux milieux de pratique de s'assurer que certaines conditions soient mises en place pour en favoriser une implantation réussie et une utilisation adéquate. Une évaluation efficace des situations de négligence ne doit donc pas reposer uniquement sur le choix et le développement d'outils de mesure,

mais également sur : 1) la mise en place de systèmes efficaces de saisie et de gestion de données; 2) l'expertise, les habiletés et la disponibilité des acteurs concernés; 3) le soutien de l'organisation; et 4) une supervision clinique adéquate et un processus de suivi de la qualité.

Or, la connaissance des réalités des milieux et les consultations conduites auprès de différents experts et des membres du comité consultatif formé pour les besoins de cette étude montrent que les défis restent nombreux quant aux conditions à mettre en place pour favoriser l'implantation d'outils cliniques dans la pratique des CSSS et des CJ. Sont évoqués les importants besoins de formation, de supervision clinique et de suivi, les enjeux de temps ainsi que les contraintes budgétaires qui, dans l'état actuel des choses, continuent à faire obstacle à l'introduction ou à une utilisation optimale d'outils d'évaluation dans ces établissements. On souligne également qu'une des étapes préalables au choix d'outils cliniques en négligence est la mise en œuvre du programme en négligence qui devrait préciser les orientations en matière de stratégies d'évaluation psychosociale.

Compte tenu des nombreux défis qui restent à relever pour réunir les conditions nécessaires à une utilisation adéquate des outils cliniques dans la pratique en négligence, les membres du groupe de travail sont conduits à adopter une perspective descriptive plutôt qu'une logique prescriptive dans la réalisation de ses travaux et la présentation des résultats de l'étude. Le rapport vise par conséquent à proposer un ensemble d'outils jugés les plus pertinents pour le dépistage et l'évaluation de la négligence et à en décrire les forces et les limites pour l'utilisation en CJ et dans les CSSS. Ces outils sont susceptibles d'être considérés dans le coffre à outils des intervenants.



2. Méthodologie de l'étude

Cette section aborde la démarche méthodologique retenue d'une part, pour évaluer les besoins des CSSS et des CJ en matière d'outils cliniques dans le champ de la négligence et, d'autre part, pour repérer les principaux outils susceptibles d'être utilisés dans ces établissements.

2.1. Évaluation des besoins des CSSS et des CJ en matière d'outils cliniques

Deux stratégies ont été utilisées pour évaluer les besoins des CSSS et des CJ en matière d'outils cliniques en négligence. La première stratégie consiste en une consultation formelle d'informateurs clés dans chacun des établissements visés par l'étude. La seconde stratégie repose sur la mise en place d'un comité consultatif composé d'experts destiné à suivre et valider la démarche des chercheurs.

2.1.1. Consultation auprès d'informateurs clés

Pour identifier les besoins en matière d'outils cliniques, une consultation a été effectuée par courrier électronique (via Lotus Notes) auprès d'informateurs clés dans les établissements visés par l'étude. Un informateur clé a été identifié dans chacun des CSSS et des CJ du Québec. Pour les CSSS, il s'agissait du directeur des services « jeunes en difficulté » ou « famille-enfance-jeunesse »[1]. Pour les CJ, c'est le directeur des services professionnels qui a été rejoint. Les informateurs clés désignés avaient pour consigne de consulter les membres de leurs équipes respectives pour remplir la grille informatisée.

La consultation a été réalisée entre le 15 février et le 18 mars 2011 à partir d'un outil informatisé, construit aux fins de cette étude : la *Grille de consultation sur les besoins en matière d'outils cliniques en négligence*[2]. Cette grille a été élaborée en fonction des objectifs inscrits dans le mandat confié aux chercheurs : 1) cerner les besoins des intervenants des CSSS et des CJ en matière d'outils cliniques dans le cadre de la pratique en négligence; et 2) répertorier les outils actuellement utilisés par ces intervenants pour dépister ou évaluer la négligence.

Au total, 60 répondants ont répondu à la grille de consultation sur une possibilité de 111, pour un taux de réponse de 54 %. Plus spécifiquement, 15 CJ sur une possibilité de 16 ont rempli la grille de consultation, pour un taux de réponse de 94 %. Concernant les CSSS, 45 ont rempli la grille parmi les 95 rejoints, pour un taux de réponse de 47 %. Le tableau 1 présente la répartition des répondants des CSSS selon les régions administratives du Québec. On constatera que l'ensemble des régions est représenté sauf celle de Lanaudière.

---

[1] L'identification des informateurs clés dans les CSSS a pu être réalisée grâce à la collaboration de l'AQESSS.

[2] L'outil est présenté à l'annexe 1.

Tableau 1
Nombre de répondants par région et nombre total de CSSS

Région	CSSS répondants	Total de CSSS
Bas St-Laurent	3	8
Saguenay/Lac St-Jean	4	6
Québec	3	4
Mauricie/Centre-du-Québec	4	8
Estrie	2	7
Montréal	5	12
Outaouais	1	5
Abitibi-Témiscamingue	2	6
Côte-Nord	3	8
Gaspésie-Les Iles	1	5
Chaudière-Appalaches	4	5
Laval	1	1
Lanaudière	0	2
Laurentides	6	7
Montérégie	5	11

2.1.2. Comité consultatif

Un comité consultatif, composé de chercheurs universitaires, de gestionnaires et d'intervenants des CJ et des CSSS a été formé afin de conseiller et de soutenir l'équipe de recherche. Ce comité s'est réuni à deux reprises au cours de l'année 2011 et certains de ses membres ont été consultés individuellement au besoin. L'une des deux réunions du comité a plus spécifiquement porté sur une mise en commun des représentations sur les besoins des établissements du réseau en matière d'outils d'évaluation en négligence.

2.2. Recension des outils cliniques utilisés en négligence

2.2.1. Repérage des outils

Le repérage des principaux outils cliniques utilisés en négligence s'est fait selon deux modalités : 1) une recension classique des écrits scientifiques et cliniques publiés sur la question; et 2) la consultation d'informateurs clés sur les outils déjà utilisés dans les CSSS et les CJ.

- Recension des écrits scientifiques et cliniques

La recension des écrits a été réalisée sur la base d'une consultation des bases de données bibliographiques usuelles. Les bases de données suivantes ont été consultées : Social Work Abstract (SWAB), PsycInfo, Sociological Abstracts, Social Services Abstracts, Family and Society Studies Worldwide, Current Content et Repères. Le repérage des documents a été réalisé à l'aide des descripteurs suivants : « neglect*, child*, evaluat*, screen*, tool*, assessment*, test*, scale* et measure* ». La recension a porté sur les articles et monographies publiés en langue française et anglaise, à partir de 2000, dans un contexte géopolitique nord-américain, européen, australien et néo-zélandais.

Aux références bibliographiques ainsi obtenues se sont ajoutées les publications identifiées à d'autres sources, notamment : 1) le catalogue SIGN@L de la bibliothèque du CJM-IU (collection numérique des centres jeunesse du Québec); ainsi que 2) les sites internet et pages Web des agences de services sociaux et des organismes gouvernementaux intéressés à la question au Canada et à l'étranger. Ces derniers permettant d'identifier les recommandations nationales et internationales à l'égard des outils cliniques en négligence.

- Consultation des informateurs clés dans les centres jeunesse et les CSSS

Certaines des questions de la *Grille de consultation sur les besoins en matière d'outils cliniques en négligence* visaient à obtenir des informations sur les outils dont le personnel des CSSS et des CJ disposait déjà pour dépister ou évaluer les situations de négligence. Pour chacun des outils répertoriés, il leur était demandé d'en préciser le contexte d'utilisation ainsi que les forces, les limites et les difficultés d'application.

2.2.2. Sélection des outils

Parmi l'ensemble des outils ainsi répertoriés, une sélection a été réalisée en fonction de trois critères d'inclusion prédéterminés par l'équipe de recherche : la validité, la notoriété et la convivialité.

- Premier critère de sélection : **la validité**

S'agissant des standards de qualité propres au programme négligence, l'offre de service du MSSS (2007, p. 30) évoque l'utilisation d'outils d'évaluation « validés ». Cela pose la question du mode de validation à retenir pour l'inventaire et l'analyse des outils. Dans le cadre de ce mandat, il a été convenu de retenir les outils qui, au moins dans leur version originale, ont fait l'objet de l'une ou l'autre des deux types de validation mentionnés dans la littérature : le consensus d'experts et la standardisation empirique ou normative (ACJQ, 2009a; Akin *et al.*, 2010; Knoke & Trocmé, 2005; White & Walsh, 2006). La première catégorie d'outils regroupe ceux qui ont fait l'objet d'une

validation de contenu par des experts, sur la base d'un consensus (ou d'un accord interjuges) informé par l'expérience clinique et la connaissance de la littérature pertinente. La deuxième catégorie d'outils regroupe ceux qui ont fait l'objet d'une validation empirique effectuée à partir d'un échantillon représentatif et de la vérification de la correspondance entre les items d'un test et les éléments comportementaux visés. Cette décision a deux conséquences sur le choix des outils : si elle exclut d'emblée l'ensemble des outils dits « maison », par contre, elle permet de retenir les outils validés dans leur version originale, mais qui n'ont pas été traduits ou dont la traduction n'a pas fait l'objet de validation empirique.

- Deuxième critère de sélection : **la notoriété**

Pour qu'un outil soit retenu, il devait également être doté d'une notoriété dans la littérature scientifique ou clinique récente sur la problématique de la négligence (soit être cité dans au moins trois articles scientifiques) ou être déjà en utilisation dans les CSSS et les CJ du Québec. Deux sources d'information ont permis d'établir si l'outil était déjà utilisé dans ces établissements : un inventaire systématique des outils cliniques utilisés dans les CJ du Québec réalisé par l'ACJQ (2009b) et les données de la consultation auprès des informateurs clés de ces établissements telle que décrite au point 2.2.1.

- Troisième critère de sélection : **la convivialité**

Afin d'optimiser la capacité d'implantation d'outils d'évaluation en négligence, il a également été convenu de retenir les outils qui n'exigeaient pas de spécialisation particulière pour l'administration, la codification et l'interprétation. Ce critère exclut par conséquent les outils diagnostics tels que le BAYLEY ou le Tri de cartes, par exemple.

Critères de sélection des outils recensés

En définitive, pour qu'un outil soit retenu, il devait réunir les trois caractéristiques suivantes : 1) être doté d'une validité empirique ou par consensus d'experts au moins dans sa version originale; 2) être doté d'une notoriété dans la littérature scientifique et clinique récente ou être déjà utilisé dans les CSSS ou les CJ du Québec; et 3) ne pas exiger de spécialisation particulière pour la passation et l'interprétation.

Par ailleurs, les outils cliniques qui ont été exclus dans le processus de sélection sont les suivants : les outils de soutien à l'intervention, les outils maison n'ayant fait l'objet d'aucune forme de validation, les outils peu accessibles où pour lesquels il y avait peu de documentation, ceux dont l'utilisation exigeait une formation spécialisée et enfin ceux qui étaient basés sur des mesures rétrospectives de l'expérience vécue dans l'enfance.

Le choix des outils s'est fait sur la base d'un accord interjuges entre les membres de l'équipe de recherche. Il a par ailleurs été validé auprès de certains membres du comité consultatif. La liste des outils retenus est présentée au point 3.3, celle des outils non retenus et les motifs justifiant leur exclusion apparaît à l'annexe 2.

2.3. Analyse critique des outils recensés

Une analyse critique des outils recensés a été réalisée à partir d'une fiche technique élaborée aux fins de l'étude, la *Grille d'analyse des outils cliniques en négligence*. Cette fiche est organisée en fonction des cinq types d'informations suivantes : 1) les dimensions descriptives (type d'outils, âge des clientèles, buts, dimensions analytiques); 2) les dimensions de rigueur méthodologique (mode de validation, données de validation); 3) les considérations de convivialité, de faisabilité et d'accessibilité (durée de passation, de correction et d'interprétation, exigences de formation et de supervision, coûts); 4) les dimensions de notoriété; et 5) une appréciation des forces et des limites de l'outil en fonction des critères de pertinence, de qualité et d'accessibilité. Cette fiche technique a été complétée pour chacun des outils répondant aux critères de sélection de l'étude (voir les annexes 3 à 7).

Pour compléter les différentes sections de la grille d'analyse, l'équipe de recherche a eu recours aux sources de données suivantes : 1) les articles scientifiques présentant les résultats des études de validation; 2) la documentation pertinente à chacun des outils (guides d'accompagnement, sites Internet, rapports gouvernementaux ou répertoires proposant une description ou une analyse critique de ces outils); 3) la consultation des informateurs clés dans les établissements retenus pour l'étude; 4) la consultation d'experts ou d'utilisateurs de ces outils.

3. Résultats

3.1. Besoins des CJ et des CSSS en matière d'outils cliniques en négligence

Rappelons que l'évaluation des besoins des CSSS et des CJ en matière d'outils cliniques en négligence repose sur deux stratégies : 1) une enquête par informateurs clés dans chacun des établissements visés par l'étude; et 2) une activité de réflexion critique dans le cadre d'une réunion statutaire du comité consultatif mis en place pour suivre et valider la démarche du groupe de travail.

3.1.1. Résultats de l'enquête par informateurs clés

L'enquête par informateurs clés a été réalisée à partir d'un outil informatisé construit aux fins de cette étude : la *Grille de consultation sur les besoins en matière d'outils cliniques en négligence*. Deux des questions de la grille visaient à faire un état de situation global de l'utilisation d'outils cliniques dans les établissements visés par l'étude : 1) Le personnel de votre établissement utilise-t-il un ou des outils de dépistage ou d'évaluation des situations de négligence dans son travail? 2) Ces outils répondent-ils à tous vos besoins en matière de dépistage et d'évaluation de la négligence? Les réponses obtenues montrent que les besoins sont importants dans les CSSS. On constate en effet que moins de la moitié (42 %) des informateurs issus d'un CSSS rapportent que le personnel clinique de leur service utilise un ou des outils de dépistage ou d'évaluation des situations de négligence dans leur travail. De plus, 67 % estiment que les outils dont ils disposent ne répondent pas à leurs besoins. La situation des CJ semble beaucoup plus avantageuse, alors que tous les répondants des CJ affirment utiliser un outil d'évaluation dans leur pratique. Cependant, 38 % estiment que les outils dont ils disposent ne répondent pas à leurs besoins.

La grille de consultation proposait également une série de questions plus orientées, destinées à obtenir des précisions sur le type d'outils recherchés dans ces milieux de pratique. La première question est assez générale : « De quel type d'outil le personnel de votre établissement aurait-il le plus besoin dans le cadre de l'intervention en négligence? ». Un choix de réponses était proposé aux répondants qui avaient la possibilité de cocher plus d'une réponse. Sans surprise, les répondants des CSSS sont nettement plus nombreux à exprimer le besoin d'outils de dépistage des situations de négligence (dans 75 % des cas, comparativement à 26,7 % pour les CJ) et d'indicateurs pour soutenir la décision de signaler (64,4 % vs 13,3 %). Dans les CJ, on exprime surtout le besoin d'outils de soutien à l'intervention (68,9 %) et d'évaluation des besoins de développement des enfants (60 %).

Tableau 2
Pourcentage des besoins selon le type d'outils

De quel type d'outils le personnel de votre établissement aurait-il le plus besoin dans le cadre de l'intervention en négligence? Type d'outils	Total*	CJ	CSSS
Dépistage (identification précoce ou repérage d'une situation de négligence)	**62,7**	26,7	**75,0**
Soutien à l'évaluation des besoins des parents	55,0	46,7	57,8
Soutien à l'évaluation des besoins et du développement de l'enfant	58,3	**60,0**	57,8
Soutien à la prise de décision / indicateurs pour faire un signalement	51,7	13,3	**64,4**
Soutien à la planification de l'intervention	**68,3**	**66,7**	**68,9**

* Plus d'une réponse peut être émise par le répondant.

Les informateurs clés ont également été interrogés sur les dimensions qu'ils aimeraient retrouver dans un outil d'évaluation de la négligence. Les réponses à cette question ouverte ont été regroupées en 9 catégories. On constatera à la lecture du tableau 3 que les répondants des CJ se distinguent des informateurs des CSSS par l'importance accordée aux dimensions de sévérité (60 %, comparativement à 37,8 %) et de chronicité (40 % vs 24,4 %) de la négligence. Ils sont aussi deux fois plus nombreux à exprimer le besoin d'outils qui tiennent compte des forces des parents (33,3 % vs 15,6 %). Les répondants des CSSS sont quant à eux deux fois plus nombreux que les informateurs des CJ (51,1 %, comparativement à 26,7 %) à rechercher un outil qui mesure les diverses formes de la négligence.

Tableau 3
Dimensions recherchées dans un outil clinique en situation de négligence

Quelles sont les dimensions que vous aimeriez retrouver dans un outil clinique en situation de négligence?	Total des répondants (*N* = 60)*		Répondants CJ (*N* = 15)		Répondants CSSS (*N* = 45)	
Dimensions	*n*	%	*n*	%	*n*	%
Types / formes de négligence	27	45,0	4	**26,7**	23	**51,1**
Niveau de gravité / sévérité de la négligence	26	43,3	9	**60,0**	17	**37,8**
Chronicité de la négligence	17	28,3	6	**40,0**	11	**24,4**
Pistes pour l'intervention	13	21,7	0	–	13	**28,9**
Facteurs de protection / forces des parents	12	20,0	5	**33,3**	7	15,6
Aide au dépistage de la négligence	6	10,0	0	–	6	13,3
Facteurs de risques	5	8,3	2	13,3	3	6,7
Indices pour la décision de signaler	4	6,7	0	–	4	8,9
Caractéristiques des enfants (âge, besoins, etc.)	2	3,3	0	–	2	4,4

* Plus d'une réponse peut être émise par le répondant.

Les répondants étaient également invités à classer par ordre de priorité (1 étant le plus important et 8 le moins important) les critères à retenir pour le choix d'un outil de dépistage et d'évaluation des situations de négligence (tableau 4). Les deux critères qui sont jugés les plus importants dans le choix d'un outil sont nettement ceux de la convivialité (langage clair, rapidité d'utilisation, facilité d'interprétation, accessibilité) et de la pertinence pour l'intervention. En effet, respectivement 57,6 % et 55,9 % du total des répondants classent la convivialité de l'outil et la pertinence pour l'intervention au premier ou au deuxième rang des critères à considérer dans le choix d'un outil clinique en négligence. À l'inverse, les répondants estiment que la notoriété de l'outil, ses qualités métrologiques et le fait qu'il soit déjà utilisé dans le réseau de la santé et des services sociaux ne devraient pas avoir un poids important dans les décisions entourant le choix d'un outil clinique en négligence.

Tableau 4
Priorisation des critères à retenir dans le choix d'un outil pour dépister ou évaluer une situation de négligence

• *Quels sont les critères prioritaires à retenir dans le choix d'un outil pour dépister et évaluer les situations de négligence?* •	Ordre de priorité*							
Critères	1	2	3	4	5	6	7	8
Convivialité (langage clair, rapidité d'utilisation, facilité d'interprétation, accessibilité)	**32,2**	**25,4**	11,9	15,3	8,5	3,4	3,3	–
Pertinence pour l'intervention	**28,8**	**27,1**	15,3	13,6	10,2	3,4	1,6	–
Caractère multidimensionnel (mesure différentes dimensions de la négligence)	11,9	16,9	22,0	28,8	8,5	10,2	1,7	–
Adaptation de l'outil selon l'âge de l'enfant	6,9	10,2	16,9	18,6	18,6	20,3	8,5	–
Fiabilité des dimensions méthodologiques (validité scientifique)	8,5	11,9	11,9	6,8	20,3	15,3	25,4	–
Potentiel d'utilisation dans le continuum des services CSSS et CJ	11,9	8,5	16,9	11,9	13,6	25,4	8,5	3,4
Utilisation actuelle dans le réseau de la santé et des services sociaux	–	–	–	1,7	13,6	18,6	**44,1**	**22,0**
Notoriété internationale (reconnaissance ou utilisation par des institutions reconnues, recommandations de chercheurs ou d'experts cliniques)	–	1,7	5,1	1,7	5,1	3,4	8,5	**74,5**

* La cote 1 est attribuée au critère le plus important et la cote 8 au critère le moins important.

Les informateurs consultés devaient aussi répondre à une question ouverte portant sur les besoins de leur organisation en matière d'utilisation d'outils de dépistage et d'évaluation des familles en contexte de négligence (tableau 5). Cette question permet de dépasser le cadre de pratique individuelle et de mieux saisir les besoins plus structurels liés aux conditions à mettre en place pour favoriser l'utilisation d'outils cliniques dans la pratique en négligence. Les analyses mettent en évidence un important besoin de formation pour l'utilisation des outils, particulièrement dans les CSSS : ce type de besoins est évoqué par 73,3 % des répondants des

CSSS ainsi que par 46,7 % des informateurs issus des CJ (46,7 %). Le deuxième type de besoin le plus souvent cité par les répondants est celui de la supervision, du suivi ou du soutien clinique (50 % des répondants). On observera également qu'un peu plus du quart (26,7 %) des répondants des CSSS évoquent le besoin d'inscrire l'utilisation des outils cliniques dans un programme d'intervention en négligence alors que 20 % des informateurs des CJ expriment un besoin de cohérence entre le programme, les outils et l'intervention. Mentionnons enfin que 20 % des répondants des CJ expriment le souhait que les outils cliniques leur donnent des pistes pour l'intervention.

Tableau 5
Besoins de l'organisation en matière d'utilisation d'outils cliniques dans la pratique négligence

• *Quels sont les besoins de votre organisation en matière d'utilisation d'outils de dépistage et d'évaluation des familles en contexte de négligence?* •	Total des répondants (*N* = 60)*		Répondants CJ (*N* = 15)		Répondants CSSS (*N* = 45)	
Type de besoins	*n*	%	*n*	%	*n*	%
Formation	40	66,7	7	46,7	33	73,3
Supervision / suivi / soutien	30	50,0	7	46,7	23	51,1
Programme d'intervention en négligence	14	23,3	2	13,3	12	26,7
Outil(s)	13	21,6	3	20,0	10	22,2
Balises / pistes pour l'intervention	8	13,3	3	20,0	5	11,1
Cohérence entre outil / programme / intervention	3	5,0	3	20,0	–	–
Ressources humaines	3	5,0	–	–	3	6,7

Enfin, on a demandé aux informateurs clés d'identifier les principales contraintes auxquelles leur organisation a à faire face en matière d'utilisation d'outils de dépistage et d'évaluation des situations de négligence (tableau 6). La question était ouverte et les réponses ont été regroupées en catégories. L'analyse fait ressortir les mêmes enjeux d'implantation. On évoque d'abord les lacunes dans la formation aux outils d'évaluation : 33,3 % des répondants des CJ et 22,2 % des informateurs issus des CSSS indiquent qu'ils n'ont pas accès à la formation nécessaire pour utiliser de façon adéquate des outils cliniques dans un contexte d'évaluation de la négligence. Pour le reste, les enjeux semblent différents selon qu'on est issu d'un CSSS ou d'un CJ. Pour les CSSS, l'enjeu d'accès aux outils reste important : 20 % des répondants identifient la méconnaissance des outils comme une contrainte organisationnelle importante, comparativement à 6,7 % des répondants des CJ. Les répondants des CJ sont quant à eux beaucoup plus nombreux que leurs collègues des CSSS à faire ressortir le manque de soutien clinique (33,3 % vs 8,9 %), les enjeux de disponibilité (le temps exigé par l'administration des outils et par la charge de travail : 26,7 %, comparativement à 13,3 %) et le roulement de personnel (20 % vs 13,3 %) au nombre des contraintes auxquelles ils ont à faire face dans l'utilisation d'outils d'évaluation.

Tableau 6
Contraintes organisationnelles en matière d'utilisation d'outils cliniques

Quelles sont les principales contraintes de votre organisation en matière d'utilisation d'outils de dépistage et d'évaluation des situations de négligence? Contraintes	Total des répondants (*N* = 60)*		Répondants CJ (*N* = 15)		Répondants CSSS (*N* = 45)	
	n	%	*n*	%	*n*	%
Absence ou insuffisance de formation	15	25,0	5	33,3	10	22,2
Durée d'administration (trop longue)	10	16,7	4	26,7	6	13,3
Méconnaissance ou problèmes d'accessibilité aux outils	10	16,7	1	6,7	9	20,0
Lourdeur charge de cas / charge de travail / manque de temps	10	16,7	4	26,7	6	13,3
Manque de suivi / supervision / monitoring	9	15,0	5	33,3	4	8,9
Roulement de personnel	9	15,0	3	20,0	6	13,3
Préoccupations quant aux retombées sur l'intervention	6	10,0	–	–	6	13,3
Budget limité	5	8,3	1	6,7	4	8,9
Manque de ressources humaines	4	6,7	–	–	4	8,9
Caractéristiques de la clientèle	4	6,7	–	–	4	8,9
Exigence administrative : obligation d'utiliser le Système de soutien à la pratique (SSP)	2	3,3	2	13,3	–	–

* Plus d'une réponse peut être émise par le répondant.

3.1.2. Résultats de la consultation auprès des membres du comité consultatif

Une partie des discussions au comité consultatif a porté sur les besoins des CJ et des CSSS en matière d'outils d'évaluation de la négligence. Plusieurs des préoccupations qui sont ressorties de ces discussions confirment les résultats de la consultation auprès des informateurs clés ainsi que les principales conclusions de la recherche sur les enjeux d'évaluation psychosociale des familles vulnérables. Pour les membres du comité consultatif, les défis restent nombreux quant aux conditions à mettre en place pour favoriser une implantation adéquate d'outils de dépistage et d'évaluation dans la pratique, en particulier dans les CSSS. À nouveau ont été évoqués, au cours de ces discussions, les importants besoins de formation, de supervision et de suivi, les enjeux de temps ainsi que les contraintes budgétaires qui, dans l'état actuel des choses, continuent à faire obstacle à l'introduction ou à une utilisation optimale d'outils d'évaluation dans ces établissements.

Les membres du comité consultatif identifient par ailleurs deux étapes préalables à l'implantation d'outils dans la pratique des CSSS et des CJ. La première étape est l'adoption d'un cadre de référence commun offrant la même compréhension de la problématique de la

négligence : on estime généralement que le choix des outils doit s'inscrire dans une approche écosystémique et développementale de la négligence. La deuxième étape préalable à l'implantation de nouveaux outils est la mise en place du programme d'intervention en négligence qui devrait orienter davantage les choix en matière de stratégies d'évaluation psychosociale.

En ce qui concerne plus spécifiquement les dimensions à rechercher dans un outil clinique susceptible d'être utilisé dans la pratique en négligence, les membres du comité soulignent l'importance pour les CSSS de disposer d'outils qui permettent une procédure d'évaluation globale, la préoccupation étant de pouvoir « comprendre les contextes au-delà des symptômes ». Par ailleurs, la nécessité d'avoir une grille conviviale qui faciliterait une première lecture de la problématique à l'accueil est aussi soulevée. Considérant le contexte d'interdisciplinarité dans lequel évoluent les CSSS, l'outil utilisé pour dépister ou évaluer la négligence doit pouvoir être utilisable par différents types de professionnels (travailleurs sociaux, éducateurs, infirmiers, etc.) et doit permettre d'orienter le dossier au bon endroit.

Du côté des CJ, les besoins mentionnés par le comité reposent principalement sur l'importance de disposer d'outils qui permettent de bien évaluer les capacités parentales et de comprendre la réalité et le contexte familial de l'enfant en situation de négligence. De plus, certains membres ont également mentionné la pertinence d'un outil qui puisse rendre compte des changements et de l'évolution de la situation de négligence vécue par le jeune.

Certains des besoins exprimés sont communs aux deux types d'établissement. On recherche en général un outil convivial, court et pratique qui permet d'objectiver la négligence et d'établir un langage commun, qui tient compte des forces de la famille, qui vient soutenir la pratique et présenter un contenu clinique précis et enfin qui est susceptible de s'inscrire dans une démarche interactive entre la famille et l'intervenant.

En bref
Besoins des CJ et des CSSS en matière d'outils cliniques en négligence

Les données font ressortir un besoin important d'outils cliniques dans les CSSS : près de 60 % des informateurs clés des établissements qui ont participé à la consultation rapportent que le personnel clinique de leur service n'utilise aucun outil de dépistage ou d'évaluation de la négligence dans sa pratique quotidienne. Quant à ceux qui utilisent déjà un outil dans leur travail auprès des familles vulnérables, ils estiment en général que celui-ci ne répond pas à leurs besoins. Les répondants des CSSS identifient la méconnaissance des outils cliniques en négligence et les problèmes d'accessibilité à ces outils comme l'une des principales contraintes auxquelles leur organisation a à faire face dans l'atteinte des objectifs liés à implantation d'outils cliniques destinés à soutenir la pratique en négligence. Du côté des CJ, les consultations auprès d'informateurs clés indiquent que les intervenants ont déjà accès à des outils

dans leur pratique. Cependant, tout indique que ceux-ci ne comblent pas tous leurs besoins.

Quel est le type d'outil recherché? Les consultations réalisées à différents niveaux révèlent que les CSSS recherchent surtout un outil qui leur permet d'identifier précocement les situations de négligence ou qui leur fournit des indicateurs pour soutenir la décision de signaler. Les réponses au guide de consultation font par ailleurs ressortir le besoin d'outils qui discriminent les différents types de négligence et qui mesurent le niveau de sévérité de la négligence. Certains identifient le besoin d'une grille conviviale qui faciliterait une première lecture de la problématique à l'accueil et qui permettrait d'orienter le dossier dans le bon service. Enfin, compte tenu du contexte d'interdisciplinarité dans lequel évoluent les CSSS, on précise que l'outil recherché doit pouvoir être utilisé par différents types de professionnels (travailleurs sociaux, éducateurs, infirmiers, etc.).

Le besoin qui ressort le plus clairement des consultations réalisées dans les CJ est celui d'un outil de mesure de la sévérité et de la chronicité de la négligence. On évoque également l'importance de disposer d'outils qui permettent de bien évaluer les capacités parentales et qui tiennent compte des forces des parents. De plus, certains informateurs rapportent le besoin d'outils susceptibles de mesurer l'évolution de la situation de négligence vécue par le jeune.

Certains des besoins exprimés sont communs aux deux types d'établissements. Pour les informateurs des CSSS, comme pour ceux des CJ, le critère principal à prioriser dans le choix d'un outil d'évaluation de la négligence reste le niveau de convivialité. À ce propos, 26,6 % des informateurs des CJ identifient la durée d'administration de certains outils comme l'une des contraintes auxquelles leur organisation a à faire face dans l'intégration d'outils dans la pratique en négligence. Dans les CJ comme dans les CSSS, on recherche un outil de soutien à l'évaluation des besoins des enfants et de leurs parents qui permet d'objectiver la négligence et d'établir un langage commun, qui vient soutenir l'intervention et qui est susceptible de s'inscrire dans une démarche interactive entre la famille et l'intervenant. On souligne également l'importance de disposer d'outils qui permettent une procédure d'évaluation globale, la préoccupation étant de pouvoir « comprendre les contextes au-delà des symptômes ».

Les données issues de la consultation des informateurs clés et des discussions au sein du comité consultatif font par ailleurs ressortir quatre types de besoins quant aux conditions d'implantation d'outils cliniques dans la pratique en négligence.

Le besoin de formation. Particulièrement important dans les CSSS (relevé par 73,3 % des répondants), ce type de besoin est également rapporté par 46,7 % des informateurs issus des CJ. Les lacunes dans la formation aux outils viennent au premier rang des obstacles à une utilisation optimale d'outils d'évaluation dans ces établissements.

Le besoin de supervision et de soutien clinique. Ce type de besoin est rapporté par près de la moitié des répondants de CJ et des CSSS et est également identifié comme l'une des contraintes à une utilisation adéquate des outils cliniques dans un contexte d'évaluation de la négligence.

Le besoin de temps pour se former, s'approprier les outils et en faire une utilisation rigoureuse.

Le besoin de cohérence. Alors que les répondants des CSSS évoquent le besoin d'un programme d'intervention en négligence pour orienter les choix en matière de stratégies d'évaluation psychosociale, les représentants des CJ expriment un besoin de cohérence entre le programme, les outils et l'intervention. La préoccupation pour les retombées sur l'intervention est bien présente. Dans les deux cas, le message transmis par les informateurs clés est que le recours à des outils cliniques doit faire sens pour les acteurs impliqués dans le processus.

3.2. Outils utilisés dans les CJ et les CSSS

Dans le cadre de la consultation réalisée auprès d'informateurs clés des CJ et des CSSS, les répondants étaient appelés à identifier les outils cliniques utilisés dans leurs services pour dépister et évaluer les situations de négligence. Le tableau 7 présente la liste des outils mentionnés par au moins trois établissements. Pour les CJ, les données confirment les résultats de l'inventaire réalisé par l'ACJQ, deux ans auparavant (ACJQ, 2009). On constatera à la lecture de ce tableau qu'actuellement, les deux tiers des CJ (10 sur les 15 qui ont participé à la consultation) utilisent déjà la *Grille d'évaluation du développement (GED),* un outil de dépistage des retards de développement chez les enfants âgés entre 0 et 5 ans. Par ailleurs, plus de la moitié des répondants des CJ rapportent que le personnel de leurs services a recours à l'*Inventaire du bien-être de l'enfant (ICBE)* et au *Guide d'évaluation des capacités parentales (Steinhauer)*. Ces trois outils sont également utilisés dans les CSSS, quoique dans une moins grande proportion, puisque ces établissements sont actuellement moins nombreux à intégrer un outil d'évaluation dans la pratique en négligence. Le *Steinhauer* et l'*ICBE*, deux outils réputés assez exigeants en temps, sont utilisés par respectivement 6 et 7 CSSS pour le dépistage et l'évaluation de la négligence. L'*Indice de stress parental* (ISP) fait aussi partie des outils les plus souvent mentionnés dans les CSSS. Quant au *Cahier d'analyse des besoins de développement de l'enfant (CABE),* un outil dérivé du cadre de référence britannique (Framework for the

Assessment of Children in need and their families)[3], il est utilisé dans quatre CSSS et un CJ qui sont impliqués dans le projet « Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité (AIDES) » ou le « Programme d'Aide personnelle, familiale et communautaire (PAPFC) », deux initiatives qui implantent actuellement cette approche au Québec. Mentionnons, en terminant, que le système de soutien à la pratique (SSP) est mentionné exclusivement par les répondants des CJ, un résultat logique puisque l'outil est conçu pour utilisation dans les CJ du Québec et obligatoire dans plusieurs d'entre eux.

Tableau 7
Outils les plus fréquemment mentionnés par les répondants

Outils	Total des répondants (*N* = 60)*	Répondants CJ (*N* = 15)	Répondants CSSS (*N* = 45)
Grille d'évaluation du développement (GED)	16	10	6
Inventaire concernant le bien-être de l'enfant	15	8	7
Guide d'évaluation des capacités parentales (Steinhauer)	15	9	6
Indice de stress parental (ISP)	11	4	7
Système de soutien à la pratique (SSP)	9	9	–
Grille de dépistage du risque de discontinuité et d'instabilité	7	4	3
Cahier d'analyse des besoins de développement de l'enfant (CABE)	5	1	4
Croissance et développement indices d'abus et de négligence chez l'enfant de la naissance à 5 ans (Diorio-Fortin, 1999)	3	1	2
Ages and Stages Questionnaires (ASQ)	3	1	2

* Plus d'un outil peut avoir été mentionné par un répondant.

3.3. Outils retenus par le groupe de travail à la suite de la recension des écrits

La recherche documentaire a permis de recenser un grand nombre d'outils cités dans les écrits scientifiques et cliniques publiés sur la problématique de la négligence depuis l'année 2000. Parmi eux, 26 répondent aux trois critères de sélection retenus par le groupe de travail et réunissent donc les caractéristiques suivantes : 1) Ils sont dotés d'une validité empirique ou par consensus d'experts au moins dans leur version originale; 2) Ils sont dotés d'une notoriété dans la littérature scientifique et clinique récente ou sont déjà utilisés dans les CSSS ou les CJ du Québec; et 3) Ils n'exigent pas de spécialisation particulière pour la passation et l'interprétation. Parmi les outils retenus, huit sont déjà utilisés dans l'un ou l'autre des CJ ou des CSSS qui ont participé à l'étude. Il s'agit des outils suivants : la *Grille de dépistage du risque de discontinuité et d'instabilité*, le *Guide d'évaluation des capacités parentales (Steinhauer)*,

[3] Pour plus de détails, voir le point 3.3.

l'*Inventaire concernant le bien-être de l'enfant (ICBE),* le *Cahier d'analyse des besoins de développement de l'enfant (CABE),* le *Système de soutien à la pratique (SSP)*, l'*Indice de stress parental (ISP)*, la *Grille d'évaluation du développement (GED)* et le *Questionnaire sur les étapes du développement (ASQ)*. Par ailleurs, cinq outils reçoivent la cote A du *California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare*[4]*,* sur la base du nombre d'articles ayant démontré la fiabilité et la validité de l'instrument. Il s'agit de l'*Inventaire concernant le bien-être de l'enfant (ICBE)*, de l'*Inventaire du potentiel d'abus (CAPI),* de l'*Inventaire de stress parental,* du *Family Assessment Form* et des *Questionnaires sur les étapes du développement (ASQ).*

Le tableau 8 présente la liste de ces outils[5]. Les outils sélectionnés pour dépister ou pour évaluer la négligence ont été classés à l'intérieur de cinq grandes catégories : une première catégorie cible plus spécifiquement les outils axés sur la négligence; la deuxième catégorie regroupe les outils multifactoriels tenant compte de plusieurs domaines d'influence sur la négligence; une troisième catégorie rassemble les outils d'évaluation des conduites parentales; la quatrième catégorie regroupe les outils de mesure de la qualité de l'environnement social et familial de l'enfant; enfin, le cinquième groupe comprend les outils de mesure du développement physique, émotif et comportemental de l'enfant. Rappelons que ces outils pourraient être utilisés en complémentarité afin de mesurer toutes les facettes de la réalité du phénomène de la négligence.

> La recherche documentaire a permis de recenser un grand nombre d'outils cités dans les écrits scientifiques et cliniques publiés sur la problématique de la négligence depuis l'année 2000. Parmi eux, 26 répondent aux trois critères retenus par le groupe de travail. Parmi les outils retenus, huit sont déjà utilisés dans les CJ ou les CSSS et 5 reçoivent la cote A du *California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare*[6], sur la base du nombre d'articles ayant démontré la fiabilité et la validité de l'instrument.

Cette section présente une description de chacun des outils retenus et les situe à l'intérieur des cinq grandes catégories établies. Les informations présentées pour chacun des outils sont tirées du contenu des grilles d'analyse, lesquelles se trouvent aux annexes 3 à 7. Le lecteur pourra se référer à ces annexes pour plus de détails sur chacun des outils concernés.

---

[4] Il s'agit d'un organisme américain qui s'adresse aux professionnels en protection de l'enfance et qui a pour tâche principale de les informer des recherches et programmes utilisés en protection de l'enfance.

[5] La liste des outils non retenus apparaît à l'annexe 2.

[6] Il s'agit d'un organisme américain qui s'adresse aux professionnels en protection de l'enfance et qui a pour tâche principale de les informer des recherches et programmes utilisés en protection de l'enfance.

Tableau 8
Outils cliniques en négligence privilégiés par le groupe de travail

AXÉS SUR LA NÉGLIGENCE	• Childhood Level of Living Scale • Index de négligence (Trocmé) • Mother-Child Neglect Scale • Multidimensional Neglectful Behavior Scale
MULTIFACTORIELS	• Grille de dépistage du risque de discontinuité et d'instabilité • Guide d'évaluation des capacités parentales (Steinhauer) • Inventaire concernant le bien-être de l'enfant (ICBE) • Outils dérivés du cadre d'analyse commun des besoins de l'enfant : ◦ Grille commune d'analyse des besoins de l'enfant *(Common Assessment Framework Form)* ◦ Grille d'analyse préliminaire des besoins de l'enfant *(Initial Assessment Record)* ◦ Cahier d'analyse des besoins de développement de l'enfant (CABE) *(Core Assessment Record)* • Système de soutien à la pratique (SSP)
ÉVALUATION DES CONDUITES PARENTALES	• Indice de stress parental (ISP) • Inventaire du potentiel d'abus (CAPI)
ÉVALUATION DE L'ENVIRONNEMENT SOCIAL ET FAMILIAL	• Family Assessment Form • Family Need Scale • HOME • Inventaire de soutien social et familial (ISSF) • Questionnaire d'évaluation familiale (Family Assessment Device)
ÉVALUATION DU DÉVELOPPEMENT ET DES COMPORTEMENTS DE L'ENFANT	**0-5 ans** • Grille Ballon • Grille d'évaluation du développement (GED) • Inventaire du développement de l'enfant (Brigance) • Nipissing district developmental screen • Questionnaires sur les étapes du développement (ASQ) **6-11 ans** • Achenbach System of Empirically Base Assessment (ASEBA) • Trauma Symptom Checklist For Children • Trauma Symptom Checklist for Young Children

3.3.1. Outils axés sur la négligence[7]

Malgré le fait que la négligence demeure un phénomène largement étudié et documenté, les outils de dépistage ou d'évaluation spécifiquement axés sur cette problématique demeurent peu nombreux. La recension des écrits a permis d'identifier quatre outils qui correspondaient aux critères de sélection préétablis.

- **Childhood Level of Living Scale**

Le *Childhood Level of Living Scale (CLL)* (Polansky, Chalmers, Buttenweiser, & Williams, 1981) est un outil de dépistage de la négligence qui a été développé aux États-Unis et qui sert à mesurer la négligence dans les familles à partir de l'évaluation de 99 items décrivant un comportement parental ou des conditions de vie qui concernent l'enfant et qui doivent être répondus par « oui » ou « non » par l'intervenant. Le *CLL* s'intéresse à deux dimensions relatives aux soins de l'enfant : les soins physiques et les soins émotifs ou psychologiques. Chaque item vaut un point; plus le score est haut, plus on considère que les soins sont adéquats et plus le score est bas, plus la situation laisse présager la présence de négligence. Cet outil est très connu aux États-Unis dans le champ de la négligence et a fait l'objet de quelques études de validité dans les années 1980. Par contre, l'outil date de plusieurs années et aucune mise à jour ou étude récente ne vient confirmer l'utilisation et la pertinence actuelles de cet outil. À ce titre, plusieurs auteurs (Gaudin, Polanksy, & Kilpatrick, 1992; Trocmé, 1996) contestent la pertinence de certains items qui leur apparaissent désuets dans le contexte socioculturel des années 2010, comme le fait de pratiquer la prière avant l'heure du repas ou du coucher. Son intérêt repose principalement sur le fait qu'il constitue un des rares outils qui cible directement la négligence, est flexible et adaptable à un vaste éventail de contextes et de programmes d'intervention. Par contre, le *CLL* demeure peu présent dans la littérature récente et n'est pas connu au Québec. De plus, cet outil a été conçu pour les parents d'enfants âgés de 4 à 7 ans, ce qui en limite l'utilisation.

Chidhood Level of Living Scale	
Forces	Cible directement deux dimensions de la négligence : soins physiques et soins émotifs ou psychologiques. Très connu aux États-Unis.
Faiblesses	Pas de mise à jour récente. Certains items sont contestés à cause de leur désuétude. Peu connu au Québec. Limité aux enfants de 4 à 7 ans. Pas traduit en langue française.

[7] Pour plus de détails, voir les grilles d'analyse à l'annexe 3.

Index de negligence (Child Neglect Index)

Le *Child Neglect Index* (Trocmé, 1996), traduit en français et connu sous le nom d'*Index de négligence* (Brousseau 1999, 2000), évalue la nature et la gravité de la négligence selon l'âge de l'enfant. Cet outil d'aide à l'évaluation comporte 27 items et mesure 6 formes de négligence : la supervision, l'alimentation, l'habillement et l'hygiène, les soins de santé physique, les soins de santé mentale et les soins éducatifs et développementaux.

La rapidité de passation de l'outil et le fait qu'il ne demande pas de formation spécifique facilitent une évaluation rapide des situations de négligence. Par contre, l'outil ne sert pas à dépister la négligence, mais plutôt à catégoriser les types de négligence ainsi que la sévérité de cette dernière. En dépit du fait qu'il ait été conçu pour être utilisé en contexte de protection, l'*Index de négligence* constitue un outil pertinent qui pourrait être adapté et utilisé pour répondre aux situations rencontrées par les intervenants des CSSS.

Index de négligence	
Forces	L'outil est accessible, gratuit, simple et rapide à utiliser. Il ne nécessite aucune formation pour la passation. Il ne sert pas à dépister la négligence, mais vise à cerner la nature et la sévérité de la négligence selon l'âge. Il mesure six formes de négligence : supervision, alimentation, habillement et hygiène, soins de santé physique, soins de santé mentale, soins éducatifs et développementaux. Il existe une version en français et en anglais.
Faiblesses	L'outil ne sert pas à dépister la négligence. Il est conçu pour être utilisé en contexte de protection, mais il peut être utilisé en CSSS auprès de familles déjà ciblées comme étant aux prises avec un problème de négligence.

Mother-Child Neglect Scale

Le *Mother-Child Neglect Scale (MCNS)* (Lounds, Borkowsi, & Whitman, 2004) est une mesure autorapportée conçue à des fins de recherche pour identifier le potentiel de négligence chez les mères. Les énoncés des items du *MCNS*, au nombre de 20, sont axés sur la perception qu'ont les mères de leurs propres comportements négligents envers leur enfant. Les items portent sur des comportements parentaux spécifiques vis-à-vis desquels la répondante doit se prononcer en utilisant une échelle de Likert en quatre points allant de « fortement en accord » à « fortement en désaccord ». Quatre dimensions de la négligence sont évaluées (la négligence émotionnelle, la négligence cognitive, la supervision et la négligence physique) et chaque dimension comporte cinq items. Les résultats obtenus au *MCNS* se situent entre 20 et 80 : plus le résultat est élevé, plus important est le potentiel de négligence de la mère.

L'outil est convivial, facile d'utilisation et peu exigeant en ce qui concerne la durée de passation. Il tient compte du caractère multidimensionnel de la négligence et inclut des items reflétant un large spectre de conduites parentales. Par contre, cet outil réfère exclusivement aux comportements du parent (du *caregiver),* en l'occurrence la mère, et ne mesure pas les motivations, attitudes, facteurs de risque, causes ou aux autres conséquences pour l'enfant, ces dimensions connexes devant alors être mesurées séparément par d'autres instruments. Les concepteurs (Lounds *et al.*, 2004) estiment que l'outil pourrait avoir du potentiel comme outil de dépistage des parents à haut risque de négligence. Par contre, ils mettent en garde contre l'utilisation de celui-ci en milieu clinique jusqu'à ce que des recherches supplémentaires puissent être menées. Notons également que pour l'instant, cet outil n'a pas été traduit et validé en langue française.

Mother-Child Neglect Scale	
Forces	Très convivial. Tient compte du caractère multidimensionnel de la négligence. Quatre dimensions sont retenues : négligence émotionnelle, négligence cognitive, supervision, négligence physique. Les concepteurs estiment que l'outil pourrait avoir un potentiel comme outil de dépistage des parents à haut risque de négligence.
Faiblesses	Utilisation auprès des mères seulement : exclut les pères. Conçu pour la recherche plus que pour la clinique. Selon les concepteurs, des recherches supplémentaires doivent être menées pour vérifier l'utilisation en clinique. Ne mesure pas les motivations, attitudes, facteurs de risque, causes ou conséquences pour l'enfant. N'est pas traduit ni validé en français.

- **Multidimensional Neglectful Behavior Scale**

Le *Multidimensional Neglectful Behavior Scale* (MNBS) Scales (Kaufman Kantor, Holt, & Straus, 2004) est un outil de dépistage et d'évaluation de la négligence. Cet outil a été conçu pour tenir compte du caractère multidimensionnel de la négligence; ainsi, le *MNBS* mesure la négligence émotionnelle (affection, soutien, compagnonnage, etc.); la négligence physique (alimentation, hébergement, soins médicaux, etc.); la négligence cognitive (interactions ludiques, assistance dans les devoirs, etc.) et la négligence de supervision (encadrement des comportements, des déplacements et des amis de l'enfant, etc.). Il existe huit versions de l'outil selon l'âge des enfants, la personne qui le complète (enfant, parent, adolescent) et selon l'utilisation de la version courte ou longue[8]. Si les quatre types de négligence mesurés demeurent les mêmes

[8] Les huit versions sont les suivantes : Le **MNBS-A** (Adolescents and Adult-recall) : comprend des questionnaires administrés aux adolescents sur les comportements négligents de leurs parents et des questionnaires complétés par des adultes visant à obtenir des données rétrospectives sur les expériences de négligence vécues dans l'enfance; Le **MNBS-AS** (Adolescents and Adult-recall - version courte); Le MNBS-CR (Child report) : outil administré aux enfants. Il mesure la négligence à partir du point de vue de l'enfant sur les conduites de ses

pour chacune des versions, le nombre d'items quant à lui varie entre 8 et 50 selon la version utilisée. Le participant (soit le parent, l'enfant ou l'adolescent) doit coter chaque item selon son niveau d'accord avec l'énoncé (1 = très fortement en désaccord; 2 = en désaccord; 3 = en accord; 4 = fortement en accord). Les résultats prennent la forme d'un score global déterminé par addition simple des cotes obtenues pour chaque item. Un score élevé indique un comportement parental qui pose un risque sérieux pour le développement des enfants. Il n'y a cependant pas de normes d'établies pour déterminer un seuil critique.

Dans le cadre de l'Initiative AIDES (Chamberland *et al.*, 2010), 11 items de la version *MNBS-P* ont été traduits et adaptés au contexte québécois aux fins de l'évaluation. Ces items ont été extraits de l'outil original (Kaufman Kantor, Holt, & Straus, 2004) pour mesurer la négligence des besoins des enfants au cours des 12 derniers mois. Cette version du *MNBS* est également en cours de traduction à l'Institut de la statistique du Québec pour utilisation dans une prochaine enquête sur la violence familiale dans la vie des enfants du Québec. Plusieurs des versions du *MNBS* n'ont pas fait l'objet d'études de validation : les versions *MNBS-Parent report* ont été validées par consensus expert, mais n'ont pas été validées empiriquement. Quant aux autres versions, il semble que seuls Kaufman Kantor *et al.* (2004) aient validé le *MNBS-Child report (6-10 ans).* Les résultats de cette étude suggèrent que le *MNBS* est un outil prometteur pour la détection et l'évaluation de la négligence, mais que des révisions doivent être apportées à trois des quatre échelles pour améliorer la probabilité de détection de la négligence chez les 6-9 ans. Les concepteurs estiment que d'autres études de validation auprès d'échantillons plus importants sont requises avant l'implantation clinique de cet outil (les derniers articles repérés sur la question datent de 2004). On ignore donc si d'autres études de validation ont été réalisées depuis.

Dans l'ensemble, le *MNBS* est un outil facile à administrer et conçu pour plusieurs types d'utilisateurs (chercheurs, cliniciens, intervenants en protection, intervenants communautaires). Il a le mérite, non seulement de prendre en compte les diverses facettes de la négligence, mais aussi de considérer le point de vue de l'enfant et de distinguer les groupes d'âge. Par contre, il s'agit d'un outil basé principalement sur l'évaluation des manques et des omissions et qui néglige la présence des forces dans la famille. De plus, le *MNBS* demeure un outil peu documenté, l'essentiel des informations sur cet outil provient du site Internet de l'équipe de recherche qui développe le *MNBS*.

---

parents. Les items sont présentés aux enfants sous une forme picturale ou verbale au moyen d'un ordinateur; Le **MNBS-C6** : version pour enfants de 6 à 9 ans; Le **MNBS-C10** : version pour enfants de 10 à 15 ans; Le MNBS-P (Parent report) : outil administré aux parents d'enfants âgés de 0 à 15. Mesure auto-rapportée de ses propres comportements négligents (**MNBS-PA** : version enfants 5-15 ans longue; **MNBS-PAS** : idem version courte; **MNBS-PB** : version 0-4 ans et 11 mois; **MNBS-PBS** : idem version courte.

Multidimensional Neglectful Behavior Scale	
Forces	Mesure les formes de négligences. Tient compte de quatre dimensions : négligence émotionnelle, négligence physique, négligence cognitive, négligence de supervision. Reflète un large spectre de conduites parentales, de conduites inadéquates à l'abandon parental. Plusieurs versions selon l'âge de l'enfant, le répondant, le nombre d'items proposés. Onze items traduits en langue française. Peut être utilisé en CSSS.
Faiblesses	Centré sur les manques, les omissions, peu sur les forces. Ne tient pas compte des motivations, attitudes, facteurs de risque, causes ou autres conséquences pour l'enfant.

Outils axés sur la négligence – Synthèse et recommandations

Parmi les 26 outils retenus à la suite de la recension des écrits, seulement quatre sont spécifiquement axés sur la problématique de négligence : le *Childhood Level of Living Scale* (Polansky *et al.,* 1981), l'*Index de négligence* (Trocmé, 1996), le *Mother-Child Neglect Scale* (Lounds *et al.,* 2004) et le *Multidimensional Neglectful Behavior Scale* (Kaufman Kantor *et al.,* 2004). À la suite de l'analyse des forces et des faiblesses de ces derniers et en considérant, d'une part, les besoins décrits par les informateurs clés et les experts consultés et, d'autre part, la possibilité de déploiement rapide auprès des intervenants des CJ et CSSS, le groupe de travail privilégie l'un d'entre eux, soit *l'Index de négligence (Child Neglect Index)* de Trocmé (1996). Les motifs qui suivent justifient ce choix.

- Il s'agit d'un outil doté de validité empirique.
- L'outil existe en langue française et anglaise. La version française a été adaptée au contexte québécois et a fait l'objet d'études de validation.
- L'outil répond à plusieurs des besoins qui sont ressortis des consultations. Il comporte certaines des caractéristiques recherchées par les répondants des CSSS des CJ : un outil convivial, accessible et court qui mesure six formes de négligence, qui évalue la sévérité de la négligence et permet de pondérer la gravité de la négligence selon l'âge de l'enfant (de 0 à 18 ans).

Toutefois, l'outil ne permet pas de dépister la négligence (la présence ou pas de négligence). Il peut être utilisé en CSSS auprès de familles déjà ciblées comme étant aux prises avec un problème de négligence. Il est peu connu dans les établissements visés par l'étude et ne tient pas compte des divers domaines d'influence sur le phénomène, ni des conséquences pour l'enfant. Par conséquent, toutes ces dimensions doivent être mesurées séparément par d'autres instruments en cohérence avec l'adoption d'une vision écosystémique de la négligence.

Les membres du groupe soulignent par ailleurs le caractère prometteur du *Multidimensional Neglectful Behavior Scale* (Kaufman Kantor, Holt, & Straus, 2004). L'outil mesure également différentes dimensions du phénomène de la négligence et a le mérite d'inclure des items reflétant un large spectre (un gradient) de conduites parentales allant de conduites inadéquates (mais ne nécessitant pas l'intervention des services sociaux) jusqu'à l'abandon parental. L'outil est également court et facile d'utilisation. Le *MNBS* se démarque des autres instruments existants dans la littérature par la préoccupation qu'il porte à la perspective de l'enfant, puisqu'il existe une version pour enfants. De plus, la version pour enfants utilise la technologie informatique de façon innovatrice. Selon les concepteurs, les résultats des études de validation déjà réalisées suggèrent que le *MNBS* est un outil prometteur pour la détection et l'évaluation de la négligence. Ils estiment toutefois que d'autres études de validation auprès d'échantillons plus importants sont requises avant l'implantation clinique de ces outils. À notre connaissance, de telles études n'ont pas encore été réalisées. De façon générale, il existe peu de documentation sur ces outils. Mentionnons enfin que cet outil n'a pas été traduit en langue française, du moins dans son intégralité.

3.3.2. Outils multifactoriels[9]

Cette catégorie regroupe les outils qui tiennent compte de différents domaines d'influence sur le phénomène de la négligence. La recension des écrits a permis d'identifier sept outils qui répondent aux critères de sélection retenus par le groupe de travail.

- **Grille de dépistage du risque de discontinuité et d'instabilité**

La *Grille de dépistage du risque de discontinuité et d'instabilité*, aussi connue sous le nom de « grille de dépistage du risque d'abandon ou de délaissement de l'enfant ». Cette grille sert à dépister des situations à risque de dérive du « projet de vie » pour les enfants âgés de 0 à 5 ans. Elle est conçue pour permettre de faire un rapide survol des principaux facteurs de risque d'abandon et de délaissement. L'outil prend en compte quatre dimensions principales : l'historique du placement des enfants; la situation familiale; les facteurs de risque associés aux problématiques chez les parents; et les facteurs de risque associés à l'attitude des parents face aux difficultés de l'enfant. Une dernière section permet également de prendre en compte divers indicateurs de risque (histoire ou comportement de rejet, antécédents de placement dans la fratrie, discontinuité dans la présence des parents, problème d'adaptation à la situation de grossesse, etc.). C'est l'intervenant qui complète la grille à partir de ses propres observations : pour les sections 1, 2 et 3, il n'y a pas de compilation

[9] Pour plus de détails, voir les grilles d'analyse à l'annexe 4.

de données à faire puisqu'il s'agit d'entrer des informations sur l'enfant (nom, nombre de milieux de vie connus, situation familiale). Pour les sections 4, 5 et 6, le dépistage repose sur un système de cotation (de 0, 1 et 2) des indicateurs du risque d'abandon répartis sur 16 items. Une cote de 2, obtenue aux sections 4 et 5, et un score plus de 3 à la section 6, à la suite de l'addition des cotes, indiquent que l'enfant qui fait l'objet de l'évaluation est potentiellement à risque de discontinuité et d'instabilité.

Cette grille est un outil clinique convivial conçu pour être utilisé par des intervenants. Elle est simple à utiliser et peut être complétée sans formation préalable. La passation de la grille prend, en soi, très peu de temps. De plus, l'outil est gratuit et accessible sur le site Web du CJM-IU. Sur le plan du contenu, les utilisateurs apprécient le fait que la grille permette de faire un survol des principaux facteurs de risque identifiés dans les écrits scientifiques et estiment que les critères sont clairs et précis. En dépit du fait que cet instrument ait été pensé pour être utilisé dans les CJ, il est connu et utilisé dans certains CSSS. À ce titre, les informateurs clés consultés estiment que l'outil pourrait être adapté au contexte des CSSS en soutien à la décision de signaler.

Malgré une validation partielle par consensus expert (les cotes suggérées pour chacun des items ont été déterminées à partir de l'avis d'experts cliniques et d'une recension des écrits), l'outil n'a pas fait l'objet d'une validation scientifique et ne détermine pas avec certitude un seuil critique. C'est plutôt l'accumulation des facteurs qui permet à l'intervenant d'évaluer la gravité du risque. En ce sens, il est recommandé de considérer l'outil comme un soutien au jugement clinique et d'interpréter les résultats comme des clignotants ou des signaux d'alarme[10].

Grille de dépistage du risqué de discontinuité et d'instabilité	
Forces	Permet un survol rapide des facteurs de risque d'abandon et de délaissement. Outil très convivial et apprécié des intervenants, il est déjà utilisé dans certains CSSS et CJ. Donne des signaux d'alarme sur le risque d'instabilité et de délaissement.
Faiblesses	Validation partielle par consensus d'experts. L'outil n'a pas fait l'objet d'une validation scientifique. Il est recommandé de considérer l'outil comme un soutien au jugement clinique et d'interpréter les résultats comme des clignotants ou des signaux d'alarme. Une évaluation en profondeur doit être faite si le risque est établi.

[10] Voir annexe 4.

- **Guide d'évaluation des capacités parentales (Assessing Parenting Capacity Guidelines)**

Le *Guide d'évaluation des capacités parentales*, conçu par P. D. Steinhauer (1993) et connu dans sa version anglaise sous le nom de *Assessing Parenting Capacity Guidelines,* est un outil de soutien à l'évaluation qui permet d'estimer de manière rigoureuse les capacités parentales et les composantes qui lui sont associées. Cet instrument a pour objectif d'aider l'intervenant à structurer ses données d'observation et à identifier les forces et les faiblesses des parents dans le but de mieux cibler les zones d'intervention à prioriser. La version 2006 de l'outil concerne les enfants âgés de 0 à 5 ans, mais la structuration proposée permet aussi, selon l'ACJQ (2009b), une certaine analyse pour les enfants âgés de plus de 5 ans. Le guide distingue quatre dimensions de la capacité des parents à assumer les soins et la responsabilité parentale : le contexte, l'enfant, la relation parents-enfant, les parents. L'outil est complété par l'intervenant qui, pour chacune des dimensions, rédige un résumé à partir des informations recueillies. Ce résumé est destiné à aider l'intervenant à juger cliniquement si la dimension constitue une préoccupation majeure/mineure ou une force majeure/mineure. L'intervenant doit ensuite se positionner en regard de l'hypothèse pronostic pour chacune des dimensions et faire une prédiction sur le potentiel de changement chez le parent. Le *Steinhauer* n'est pas conçu pour quantifier des manques, mais vise plutôt une compréhension objective de la situation. Les résultats obtenus dans chacune des dimensions deviennent les pistes d'intervention à privilégier (difficultés à travailler, forces à utiliser comme levier d'intervention et services à mettre en place). À la fin du guide, un tableau dresse le profil de la capacité parentale (résultats de chacune des dimensions et hypothèse pronostique).

L'outil de Steinhauer permet une analyse globale, systémique et exhaustive de la situation de la famille puisqu'il aborde plusieurs sphères de la vie de l'enfant et de ses parents et qu'il tient compte aussi bien des forces que des déficits de la famille. De plus, l'outil permet de structurer l'information pertinente, de soutenir l'évaluation et la prise de décision, puis le suivi. L'outil est relativement simple à utiliser, mais il exige beaucoup de temps d'appropriation. Il nécessite une formation, de la pratique et un soutien lors des premières utilisations. Dans son application, il peut paraître fastidieux et complexe au premier abord, notamment à l'étape évaluation-orientation. Mais pour contrer cette limite, les établissements qui utilisent cet outil pourraient se doter d'un groupe d'intervenants experts de l'outil (Turcotte, Cardinal, & Sanchez, 2007).

L'outil est bien connu et utilisé dans les CJ du Québec ainsi que dans certains CSSS. Il a été traduit et adapté au contexte québécois, mais ses propriétés psychométriques n'ont pas été validées scientifiquement. Malgré le fait qu'il soit souvent mentionné dans les recensions d'outils d'évaluation des capacités

parentales (White, 2005), le guide d'évaluation des capacités parentales n'a pas fait l'objet d'études de validation approfondies. Une étude plus détaillée sur la validité de cet instrument et de ses propriétés psychométriques pourrait être envisagée.

Guide d'évaluation des capacités parentales (Assessing Parenting Capacity Guidelines) – Steinhauer	
Forces	Identifie les forces et faiblesses des parents des parents. Permet une analyse globale, systémique et exhaustive de la situation familiale; neuf dimensions. Structure l'information pertinente, soutient l'évaluation et la prise de décision puis le suivi. Tient compte des besoins et réalités des familles défavorisées et multiethniques. Disponible en français et en anglais.
Faiblesses	N'est pas axé sur la négligence comme telle. Nécessite un investissement en formation, supervision, appropriation.

- **Inventaire concernant le bien-être de l'enfant (Child Well Being Scale)**

L'*Inventaire concernant le bien-être de l'enfant (ICBE)* est une traduction du *Child Well Being Scale (CWBS)* (Magura et Moses, 1986). Il est un outil de soutien à l'intervention qui sert à faire l'inventaire complet et détaillé des différentes facettes du bien-être de l'enfant. Cet outil vise principalement à identifier les forces et les faiblesses du milieu parental et à évaluer l'impact de celles-ci sur la satisfaction des besoins de l'enfant concerné. L'outil, qui a été traduit et validé par Vézina et Bradet (1992) en contexte québécois, comprend 43 échelles qui couvrent les principaux aspects de la notion de bien-être de l'enfant et qui décrivent de façon concrète les conditions de vie, les dispositions parentales et le fonctionnement de l'enfant. Chaque échelle doit être cotée sur une échelle de Likert. Deux types d'échelles sont utilisés selon les items concernés : soit l'échelle de Likert à trois points ou celle à six points. Concernant l'évaluation de la négligence, 14 échelles[11] ont été sélectionnées et ciblent plus spécifiquement la mesure de la négligence au sein de la famille. L'outil s'adresse aux enfants âgés de 0 à 18 ans (mais de préférence à ceux âgés de 6 à 15 ans) et doit être complété par l'intervenant à partir de ses observations dans le milieu familial. Cet outil a fait l'objet de plusieurs études de validation et est abondamment utilisé tant par les chercheurs que par les intervenants, particulièrement en contexte de protection. Quoique plusieurs des dimensions proposées par l'*ICBE* demeurent hautement pertinentes, l'ensemble de l'outil n'a pas été adapté aux modifications apportées à la LPJ en 2007 et nécessiterait une mise à jour. On reproche également à cet outil de ne pas tenir compte de la dynamique

[11] Les 14 échelles sélectionnées pour l'évaluation de la négligence sont les suivantes : habillement; surpeuplement à la maison; hygiène personnelle; propreté et entretien de la maison; acceptation des enfants et manifestation d'affection; approbation des enfants; stimulation et enseignement des parents aux enfants; attentes des parents face aux enfants; ameublement de la maison; discipline physique abusive; soins de santé physique; services disponibles dans la maison; sécurité physique à la maison; surveillance des jeunes enfants.

familiale globale (interactions entre les différents facteurs), de négliger les situations d'abus sexuels et de faire fi des antécédents des parents (abus subis durant l'enfance et historique de maltraitance). Par contre, l'*ICBE* est un outil validé qui a fait l'objet de nombreuses études. Il est très présent dans la littérature clinique et scientifique sur la problématique de la négligence. Même s'il ne mesure pas que la négligence, il est fréquemment utilisé dans les contextes d'évaluation de la négligence et de la maltraitance.

Selon Vézina et Pelletier (1993), l'*ICBE* répond, par ses qualités métrologiques, à des besoins d'objectivité et d'uniformité chez les intervenants; il assure une exploration systématique des facteurs du bien-être de l'enfant et de l'actualisation des responsabilités parentales. De plus, il permet d'identifier et de qualifier les forces et les faiblesses des parents dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives et familiales et de déterminer les pistes d'intervention. Sur le plan de la négligence, l'outil permet de dépister celle-ci, d'en mesurer l'ampleur et de cibler les zones de gravité. Certaines échelles, dont celles relatives à la négligence, pourraient être utiles pour les intervenants des CSSS.

Inventaire concernant le bien-être de l'enfant (ICBE) – Child Well Being Scale	
Forces	L'outil tient compte de plusieurs domaines d'influence et propose une lecture multifacette de la situation familiale. Il a fait l'objet de nombreuses études de validation. Sa traduction est validée en contexte québécois. Même s'il n'est pas conçu pour mesurer la négligence, certaines des échelles de l'outil peuvent discriminer les familles négligentes des familles non négligentes. L'outil est par ailleurs très présent dans la littérature clinique et scientifique sur la problématique de la négligence et il est fréquemment utilisé dans les contextes d'évaluation de la négligence. Il est connu et utilisé dans certains CSSS et CJ.
Faiblesses	Exige beaucoup de temps d'appropriation et d'utilisation. Ne tient pas compte de la dynamique familiale, ni des antécédents parentaux. Il faut noter que l'outil n'a pas été adapté aux modifications apportées à la LPJ en 2007 et nécessiterait une mise à jour sur ce plan.

- **Outils dérivés du « cadre d'analyse commun des besoins de l'enfant »**

Préoccupé par la nécessité d'établir un partenariat plus étroit entre les différents niveaux de services et d'ouvrir le dialogue entre les professionnels chargés des services à l'enfance et les responsables du soutien aux parents, le gouvernement britannique a développé à la fin des années 1990 un cadre d'analyse ayant pour principale objectif de s'assurer que les besoins des enfants et de leur famille soient mieux identifiés et compris, afin qu'ils puissent bénéficier de services mieux adaptés et plus efficaces. Le cadre d'analyse commun des besoins de développement de l'enfant (*Framework for the Assessment of Children in Need and their Families*) se voulait une façon de « fournir des services plus complets et facilement accessibles, tout en les

offrant plus tôt, avant que la situation familiale ne se détériore et que les enfants qui ont besoin de soutien ne deviennent des enfants ayant besoin de protection » (Ward & Jones, 2009, p. 187). Le modèle mis de l'avant avait aussi pour objectif de dépasser les limites des pratiques traditionnelles qui mettent l'accent sur la sécurité de l'enfant et sur la gestion des risques et de privilégier une approche qui non seulement conçoit la sécurité comme un aspect parmi d'autres, mais aussi permet d'améliorer la capacité de la société à assurer le sain développement des enfants (Léveillé & Chamberland, 2010).

Le cadre d'analyse commun des besoins de développement de l'enfant s'intéresse plus spécifiquement à trois dimensions du bien-être des enfants : aux besoins de celui-ci en matière de développement, aux capacités des parents à répondre aux besoins de l'enfant et, finalement, aux facteurs familiaux et environnementaux susceptibles d'influencer les réponses à ces besoins. Le recours au cadre de référence requiert la collaboration entre professionnels de divers organismes. Ensemble, ils partagent l'analyse des réalités dans lesquelles les enfants éprouvant des difficultés et leurs familles vivent; la planification des interventions; leur mise en œuvre; ainsi que le suivi de l'état de ces jeunes. Le cadre de référence et les principes qui le sous-tendent ont été développés à partir de données probantes dans plusieurs domaines de recherche (Chamberland *et al.*, 2012).

Outre les *Assessment and Action Record (Cahiers d'évaluation et de suivi de l'enfant - CÉS*)[12], utilisés dans l'approche *Looking After Children (S'occuper des enfants - SOCEN*), trois autres outils d'évaluation et d'analyse des besoins de l'enfant ont été développés en Grande-Bretagne entre 2000 et 2006 à partir du cadre de référence britannique. Tous ont été adaptés et traduits dans plusieurs langues, dont le français. Il s'agit du *Common Assessment Framework Form* (*Grille commune d'analyse des besoins de l'enfant)*; du *Initial Assessment Record* (*Grille d'analyse préliminaire des besoins de l'enfant)* et du *Core Assessment Record (Cahier d'analyse des besoins de développement de l'enfant*). Ces outils s'adressent à des familles en difficultés qui présentent une certaine vulnérabilité, mais dont les niveaux de besoins de services peuvent être variables. Ils ont été conçus pour être utilisés dans divers contextes et par différents intervenants et professionnels qui travaillent dans le domaine de l'enfance, de la santé et de l'éducation. Les outils visent le développement d'une culture d'échange et de concertation, tant au niveau de l'information que de l'intervention.

[12] Les *Cahiers d'évaluation et de suivi de l'enfant* (*Assessment and Action Record*) s'adressent aux enfants qui ont été retirés de leur milieu familial d'origine et qui sont placés à long terme.

Caractéristiques communes aux trois outils

Les trois outils présentent des caractéristiques communes. Chacun des outils prend en compte les trois dimensions du bien-être de l'enfant, qui sont les besoins développementaux (santé, éducation, identité, relations familiales et sociales, développement émotif et comportemental, présentation de soi et habiletés à prendre soin de soi); la capacité des figures parentales à répondre aux besoins de l'enfant; les facteurs familiaux et environnementaux qui influencent la réponse aux besoins de l'enfant. Pour les trois outils, le répondant inscrit des commentaires à chacune des cases, donc les résultats sont de type « qualitatifs ». Les outils ne fournissent pas de directives quant aux interventions à faire, mais les sections « synthèse des observations » et « analyse de la situation » offrent de l'espace pour inscrire les besoins et les suites à donner. Le cadre de référence britannique privilégie l'adoption d'une approche participative dans l'utilisation de ces outils, c'est-à-dire qu'ils doivent être complétés avec la collaboration des figures parentales, des partenaires du milieu qui offrent des services à l'enfant (si c'est le cas) et de l'enfant lui-même (selon l'âge).

Grille commune d'analyse des besoins de l'enfant (Common Assessment Framework Form)

Cet outil d'évaluation et d'analyse des besoins s'adresse à des enfants pour lesquels on craint une compromission du développement ou de la sécurité. L'outil peut être utilisé et complété par tout professionnel du milieu qui est en contact avec l'enfant ou le jeune : enseignant, policier, éducateur de services de garde ou intervenants d'organismes communautaires. La grille offre des repères qui permettent une lecture rapide de la situation et des besoins de l'enfant. Elle sert principalement à documenter la situation de l'enfant et à le référer, lui et sa famille, aux services appropriés.

Grille d'analyse préliminaire des besoins de l'enfant (Initial Assessment Record)

La *Grille d'analyse préliminaire des besoins de l'enfant* est utilisée par les services sociaux de première ligne et de deuxième ligne (par exemple, l'intervenant des CSSS à l'accueil, évaluation et orientation (AÉO) ou l'intervenant du Service réception et traitement des signalements dans les CJ) à la suite d'une demande de services, une référence ou un signalement. Cet outil permet d'approfondir l'analyse des besoins de l'enfant et du jeune, de faire état des services actuellement offerts à l'enfant ainsi que des évaluations et des interventions à réaliser. Cette analyse permet d'évaluer la pertinence de signaler la situation à la protection de l'enfance ou de référer la famille à différents services de 1re, 2e ou 3e ligne. De plus, elle permet aux services de protection de la jeunesse de référer aux services de première ligne, lorsque la situation le justifie.

Cahier d'analyse des besoins de développement de l'enfant (Core Assessment Record)

Le *Cahier d'analyse des besoins de développement de l'enfant (CABE)* s'adresse à des enfants âgés de 0-18 ans (une version différente existe pour chacun des groupes suivants : prénatal à 1 an, 1 à 2 ans, 2 à 3 ans, 3 à 4 ans, 5 à 10 ans, 11 à 15 ans et 16 à 18 ans). Le *CABE* s'adresse à des enfants et leur famille suivis par la protection de l'enfance ou par d'autres services du réseau. Il a l'aspect d'un cahier qui permet d'explorer à l'aide d'énoncés chacune des dimensions des trois systèmes du cadre d'analyse britannique. Il vise à identifier les besoins comblés de l'enfant, les besoins à combler, les ressources et les difficultés des figures parentales, les ressources qui soutiennent ou entravent la réponse aux besoins de l'enfant (réseau familial, réseau social de la famille) ainsi que les services de la communauté et des établissements actuellement offerts ou à mettre en place afin d'assurer une réponse adéquate aux besoins de l'enfant. Il vise à élaborer un plan d'action (PI, PSI) qui intègre les actions des figures parentales et de leur réseau, les services des ressources de la communauté et des établissements.

L'intervenant principal au dossier de l'enfant (par exemple, l'intervenant pivot du CSSS ou la personne autorisée du CJ) est responsable de la passation de l'outil, avec la participation des figures parentales et du jeune (selon son âge). Le *CABE* est souvent présenté comme un outil de dialogue avec le parent et les collaborateurs.

Au Québec, l'approche britannique et le *CABE* sont actuellement déployés dans le cadre de l'initiative « Action intersectorielle pour le développement des enfants et leur sécurité » (AIDES) (Chamberland *et al.,* 2010; Chamberland *et al.*, 2012; Lessard, Chamberland & Léveillé, 2007; Léveillé & Chamberland, 2010). Les objectifs de la démarche entreprise par le groupe de chercheurs, d'intervenants et de gestionnaires impliqués rejoignent essentiellement la mission d'origine du cadre d'analyse proposé par les Britanniques. L'initiative AIDES est présenté comme « un nouveau modèle de protection de la jeunesse qui vise à mettre en place des pratiques et des services professionnels intégrés et fondés sur une analyse systématique des besoins développementaux des enfants et sur une approche participative des parents » (Lessard *et al.*, 2007, p. 43).

AIDES a été expérimentée dans quatre territoires de CSSS et deux CJ du Québec entre les années 2008 et 2011. Une évaluation d'implantation et des effets de l'approche et des outils qui lui sont rattachés a été réalisée au cours de cette période (Chamberland *et al.*, 2012). Les entrevues réalisées avec un échantillon d'intervenants dédiés et de parents permettent de faire ressortir les forces et les limites de cet outil dans un contexte québécois.

En ce qui concerne les avantages associés à l'utilisation du *CABE*, on apprécie généralement le fait que l'outil favorise une compréhension approfondie des besoins de l'enfant et de la famille, reposant sur un mode plus factuel que perceptuel. Les intervenants relèvent le fait que l'outil permet de développer une lecture commune des besoins de l'enfant au sein des organismes et établissements impliqués dans le suivi des enfants et de leur famille. Il en résulte une amélioration de la collaboration inter et intra organisationnelle, notamment des pratiques de transfert personnalisé. Les intervenants rapportent également que, s'appuyant sur une approche interactive, l'utilisation de l'outil permet un suivi détaillé et dynamique impliquant le jeune, les figures parentales, l'intervenant et les partenaires. Les intervenants observent également que l'outil structure et stimule les échanges avec les parents; permet une communication plus transparente de part et d'autre et favorise certaines prises de conscience chez les parents qui découvrent par eux-mêmes les forces et les difficultés de leurs enfants.

Par contre, l'implantation de cet outil et de l'approche qui s'y rattache demande un investissement notable en termes de temps de formation et d'utilisation. Certains intervenants relèvent la difficulté à concilier l'utilisation du *CABE* avec les exigences de l'intervention en contexte d'autorité. De plus, au-delà d'une identification juste et précise des besoins des enfants et de leur famille, la question relative à la disponibilité des ressources permettant de donner suite aux besoins identifiés par les acteurs qui gravitent autour de l'enfant mérite d'être posée.

Par ailleurs, deux des trois outils issus du cadre de référence britannique n'étant pas encore implantés au Québec, on en connaît mal les exigences d'utilisation. L'intitiative AIDES travaille actuellement à l'adaptation de ces outils au contexte québécois. Mentionnons enfin que, malgré une implantation progressive dans plusieurs pays occidentaux, ces trois outils demeurent encore à ce jour peu documentés. Si plusieurs auteurs se sont intéressés au C*ommon Assessment Framework* (Pithouse, 2007; Pithouse, Hall, Peckover, & White, 2009; Gilligan & Manby, 2008; White, Hall et Peckover, 2009; Sheppard, McDonald, & Welbourne, 2010), peu d'auteurs, pour l'instant, ont évalué ou validé l'outil et pratiquement aucun ne s'est encore penché sur les deux autres outils, soit le *Initial Assessment Record* et le *Core Assessment Record.*

Outils dérivés du « cadre d'analyse commun des besoins de l'enfant » Grille commune d'analyse des besoins de l'enfant (Common Assessment Framework Form) Grille d'analyse préliminaire des besoins de l'enfant (Initial Assessment Recod) Cahier d'analyse des besoins de développement de l'enfant (Core Assessment Record)	
Forces	Favorisent l'identification des besoins de l'enfant, de ses forces et de ses progrès. Outils qui s'inscrivent dans une approche centrée sur l'enfant. Chacun des outils prend en compte les besoins développementaux de l'enfant (en fonction de sept dimensions); la capacité des figures parentales à répondre aux besoins de l'enfant et les facteurs familiaux et environnementaux qui influencent la réponse aux besoins de l'enfant. S'inscrivent dans une approche participative qui permet le dialogue avec l'enfant, les figures parentales, l'intervenant et les partenaires. Permettent une lecture et un langage commun entre les établissements. Disponibles en langue française et en anglaise. Peut être utilisé à la fois en CSSS et dans les CJ.
Faiblesses	Connus et utilisés dans plusieurs pays occidentaux, mais encore peu présents dans la littérature. Le temps d'implantation et d'utilisation est important. Deux des outils n'ayant pas encore été implantés au Québec, on en connaît mal les exigences d'utilisation.

Système de soutien à la pratique (SSP)

Le *Système de soutien à la pratique (SSP)* est un outil informatisé de type « questionnaire » basé sur l'intelligence artificielle, dont l'implantation dans les centres jeunesse a débuté au début des années 2000. L'outil s'adresse aux enfants âgés de 0 à 18 ans suivis dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ). On compte quatre modules *SSP* liés aux étapes de la Loi : réception et traitement des signalements; évaluation; orientation; et révision)[13]. Cet outil se veut un système d'aide à la décision basé sur les critères de la LPJ, c'est-à-dire qu'il sert principalement à éclairer ou documenter la prise de décision sur la rétention du signalement (*SSP - Réception et traitement du signalement*), sur le retrait ou non de l'usager de son milieu (*SSP - Protection immédiate*), de la compromission de la sécurité ou du développement d'un enfant (*SSP - Évaluation*) ou encore sur le choix du régime et des mesures (*SSP - Orientation*). Concernant plus spécifiquement la négligence, *SSP* en considère quatre formes : la négligence physique; la négligence sur le plan de la santé; la négligence sur le plan éducatif; les risques sérieux de négligence. Précisons que le logiciel fait une correspondance avec l'article de la LPJ dont le risque de négligence. Pour l'instant, les différents *SSP* ne sont utilisés que dans les centres jeunesse.

Le nombre total d'items à répondre varie considérablement selon le type de *SSP* et selon les problématiques identifiées par l'intervenant. La longueur de passation varie elle aussi en fonction du type de *SSP* rempli : celui utilisé pour la

[13] À ces quatre modules s'ajoutent également cinq modules connexes disponibles aux utilisateurs : le module Protection immédiate, l'Histoire sociofamiliale, le Génogramme, l'Inventaire concernant le bien-être de l'enfant (ICBE) et l'Échelle de New York.

réception et le traitement du signalement prend seulement de 15 à 30 minutes, alors que celui à l'orientation peut prendre jusqu'à trois heures. C'est l'intervenant responsable qui doit compléter l'outil directement sur son ordinateur à partir de son bureau. À cet effet, il faut aussi considérer que la longueur d'administration de l'outil et le fait qu'il soit obligatoire (dans plusieurs centres jeunesse) fait en sorte qu'il est difficile de proposer d'autres instruments d'évaluation ou de dépistage à l'étape « évaluation-orientation ».

L'utilisation de *SSP* demeure mitigée chez les professionnels des centres jeunesse et les consultations menées à ce sujet témoignent bien de cette ambivalence. Si on reconnaît à *SSP* sa rigueur sur le plan légal, sa qualité de contenu, sa capacité à gérer une imposante masse d'informations ainsi que son utilité incontestable pour établir une liste détaillée des dimensions à considérer (ce qui est particulièrement aidant pour les jeunes intervenants), certaines limites sont aussi évoquées par les utilisateurs et personnes consultés : l'interface est jugée très peu conviviale; le temps d'administration est imprévisible et souvent considéré beaucoup trop long; le manque de nuance et de prise en considération du jugement professionnel de l'intervenant constitue un irritant; le fait que les questions posées par l'outil diffèrent d'une fois à l'autre pose une difficulté bien réelle en termes d'appropriation; la possibilité de manipuler l'outil et de « lui faire dire ce qu'on veut » dans un contexte où l'utilisation de l'outil est obligatoire, soulève des préoccupations. Selon certains utilisateurs, il y aurait un exercice à faire par les gestionnaires des CJ pour dépasser une utilisation strictement administrative de *SSP* et pour lui donner un sens clinique.

Considérant le déploiement à grande échelle de cet outil dans les centres jeunesse du Québec, il serait approprié de déployer les effectifs nécessaires pour procéder à une évaluation scientifique des propriétés psychométriques du *SSP*. Une étude détaillée, incluant l'analyse des décisions rendues par l'outil (ex. : vérifier la cohérence entre le rapport final et le jugement clinique du professionnel) et une consultation des utilisateurs, permettrait de mieux définir les forces et faiblesses de l'outil, mais également d'appuyer son utilisation sur des données probantes.

Système de soutien à la pratique (SSP)	
Forces	Outil conçu pour une utilisation en CJ dans le cadre de la LPJ. Utilisation possible de différents modules : RTS, Protection immédiate, Évaluation, Orientation, Révision (à venir). Rigueur sur le plan légal, sur la qualité du contenu, sa capacité à gérer plusieurs informations.
Faiblesses	Il correspond qu'au motif de la loi (LPJ). Interface intervenant/informatique très peu conviviale. Temps d'administration imprévisible.

Outils multifactoriels – Synthèse et recommandations

Dans cette catégorie, la recension des écrits a permis d'identifier sept outils qui répondent aux critères de sélection retenus par le groupe de travail : la *Grille de dépistage du risque de discontinuité et d'instabilité*; l'*Inventaire concernant le bien-être de l'enfant (ICBE);* le *Guide d'évaluation des capacités parentales (Steinhauer)*; les outils dérivés du cadre britannique : la *Grille commune d'analyse des besoins de l'enfant*, la *Grille d'analyse préliminaire des besoins de l'enfant* et le *Cahier d'analyse des besoins de développement de l'enfant (CABE)*; et le *Système de soutien à la pratique (SSP)*.

D'emblée, il faut préciser qu'aucun de ces outils n'a été conçu pour mesurer la négligence en tant que telle. Il ressort toutefois des études de validation de l'*ICBE* que certaines échelles de l'outil peuvent discriminer les familles négligentes des familles non négligentes.

Ces outils n'en présentent pas moins un intérêt important pour la pratique en négligence, leur apport majeur étant de tenir compte de plusieurs domaines d'influence et de proposer à des degrés divers une lecture multifacette de la situation familiale, dans la lignée de l'approche écosystémique privilégiée par les milieux de pratique consultés. L'*ICBE*, le *Guide d'évaluation des capacités parentales* et le *CABE*, notamment, pourraient être recommandés pour la qualité des évaluations cliniques qu'ils permettent. Ils répondent à plusieurs des besoins exprimés par les informateurs clés des CSSS et des CJ : 1) ils favorisent une analyse globale, systémique et exhaustive de la situation de la famille; 2) ils permettent d'identifier et de qualifier les forces des parents dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives et familiales; et 3) ils sont conçus pour faire émerger les zones et les pistes d'intervention avec les familles. De plus, tous les trois sont traduits en français et adaptés au contexte québécois. Le *CABE* a, de plus, le mérite de répondre aux besoins exprimés par les milieux de pratique pour des outils de soutien à l'évaluation des besoins de l'enfant, permettant d'établir un langage commun entre les intervenants des CJ et des CSSS et susceptibles de s'inscrire dans une démarche interactive entre la famille et l'intervenant.

Le corollaire de cette richesse est que, à une exception près, aucun de ces outils ne comporte les caractéristiques de convivialité recherchées par les milieux de pratique. Tous exigent beaucoup de temps d'appropriation et d'utilisation. Bien que l'*ICBE* et le *Steinhaue*r soient réputés assez exigeants en temps, ils sont tout de même utilisés dans 15 des établissements qui ont participé à l'étude. La solution aux problèmes posés par la longueur du processus d'analyse ou d'évaluation psychosociale avec ces outils pourrait être le recours à des équipes spécialisées au sein des établissements concernés.

L'*ICBE* se démarque par ailleurs des autres outils par ses qualités métrologiques et sa grande notoriété. Il a fait l'objet de nombreuses études de validation et il reçoit la cote A du *California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare* sur la base du nombre d'articles ayant démontré la fiabilité et la validité de l'instrument. Sa traduction est validée en contexte québécois. Comme on l'a vu, même s'il n'est pas conçu pour mesurer la négligence, certaines des échelles de l'outil peuvent discriminer les familles négligentes des familles non négligentes. L'outil est par ailleurs très présent dans la littérature clinique et scientifique sur la problématique de la négligence et il est fréquemment utilisé dans les contextes d'évaluation de la négligence. Il faut toutefois noter que l'outil n'a pas été adapté aux modifications apportées à la LPJ en 2007 et nécessiterait une mise à jour sur ce plan.

Aucun des autres outils n'a fait l'objet d'une validation empirique jusqu'ici. Le *Guide d'évaluation des capacités parentales* est présenté comme un outil permettant : 1) de structurer les données d'observation; 2) de soutenir une opinion clinique objective; et 3) de cerner les besoins d'évaluations complémentaires. On précise qu'en présence de préoccupations majeures, une évaluation en profondeur doit être réalisée avec des instruments validés. L'outil est bien connu au Québec et au Canada anglais et il est déjà implanté dans plusieurs CJ et certains CSSS. Une étude plus détaillée sur la validité de cet instrument et de ses propriétés psychométriques pourrait être envisagée. C'est également le cas pour le *SSP* et la *Grille de dépistage du risque d'instabilité et de discontinuité*.

Les membres du groupe soulignent que les outils dérivés du cadre britannique présentent beaucoup de potentiel pour l'utilisation dans le continuum CSSS et CJ. La *Grille commune d'analyse des besoins de l'enfant* peut être complétée par tout professionnel du milieu (enseignant, policier, éducatrice de service de garde, etc.) qui est en contact avec l'enfant ou le jeune. Elle favorise la référence aux services de première ou deuxième ligne. La *Grille d'analyse préliminaire des besoins de l'enfant* peut être utilisée par les services sociaux de première ligne et de deuxième ligne (CSSS et CJ). L'analyse réalisée à l'aide de cet outil permet notamment aux services de première ligne d'évaluer la pertinence de signaler la situation au CJ. Elle peut être complétée par l'intervenant du CSSS qui réalise l'accueil, l'évaluation et l'orientation (AÉO) de la demande de service ainsi que par l'intervenant au Service de réception et de traitement des signalements du CJ. Le *CABE* est complété par l'intervenant pivot de l'enfant, qu'il provienne d'un CSSS ou d'un CJ. Toutefois, comme la *Grille commune d'analyse des besoins de l'enfant* et la *Grille d'analyse préliminaire des besoins de l'enfant* n'ont pas encore été implantées au Québec, on connaît mal les forces et les limites de ces outils comme d'ailleurs les exigences entourant leur implantation.

Un seul des sept outils recensés répond aux demandes des milieux quant à convivialité des outils retenus : la *Grille de dépistage du risque de discontinuité et d'instabilité.* Cet outil est simple d'utilisation, gratuit, accessible et peut être complété sans formation préalable. Il est très apprécié des intervenants qui l'utilisent dans les CJ. Son intérêt réside surtout dans le fait qu'il fournit un signal d'alarme de la présence d'un risque de délaissement de l'enfant. Une évaluation en profondeur doit être faite avec d'autres outils si le risque est avéré. Seule une section de l'outil a fait l'objet d'une validation par consensus d'experts. De plus, il n'existe pas de traduction en langue anglaise. Il y aurait donc tout intérêt à entreprendre des études de validation et à en proposer une traduction.

3.3.3. Outils d'évaluation des conduites parentales[14]

Parmi les 26 outils recensés, presque tous comportent des items ou des échelles mesurant la qualité des conduites parentales. On propose ici deux outils axés plus spécifiquement sur les conduites parentales. Ces deux outils reçoivent la cote A du *California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare*[15], sur la base du nombre d'articles ayant démontré la fiabilité et la validité de l'instrument.

- **Indice de stress parental (ISP) (Parenting Stress Index)**

L'*Indice de stress parental (ISP)* (Bigras, Lafrenière & Abidin, 1996) est un outil qui permet d'évaluer le stress vécu par le parent à partir de la perception qu'il a des situations dans lesquelles il exerce son rôle parental. Traduit du *Parenting Stress Index* (Abidin, 1986), l'*ISP* se présente sous forme de questionnaire de 101 items sur lesquels le parent doit se prononcer et dire à quel point il est en accord ou en désaccord en utilisant une échelle de Likert variant de 1 à 5 points. Les items sont regroupés en treize sous-échelles, lesquelles se répartissent en deux catégories : une première relative au domaine de l'enfant et une deuxième relative au domaine du parent. Les résultats peuvent être calculés pour chacune des sous-échelles et mènent ensuite à un score global à partir duquel un rang percentile peut être établi. Selon Sheppard *et al.* (2010), tous les parents dont le score individuel se situe au-delà du 90e percentile doivent être considérés comme des cas cliniquement significatifs, c'est-à-dire qu'en termes de stress parental, leur situation est assez sérieuse pour considérer une intervention professionnelle. Selon Lacharité et ses collaborateurs (1999), un résultat au 95e percentile ou au-dessus est un indicateur que la sécurité et le développement de l'enfant peuvent être compromis (Lacharité, Éthier, & Couture, 1999).

[14] Pour plus de détails, voir les grilles d'analyse à l'annexe 5.

[15] Il s'agit d'un organisme américain qui s'adresse aux professionnels en protection de l'enfance et qui a pour tâche principale de les informer des recherches et programmes utilisés en protection de l'enfance.

L'*Indice de stress parental* permet d'établir le niveau de stress du parent selon plusieurs dimensions, à l'intérieur du système parent/enfant. L'*ISP* situe les sources et la nature du stress parental et permet d'ajuster l'intervention en conséquence. Selon Paquette (2008), l'*ISP* permet de mieux cibler les problèmes parentaux parmi un large éventail de difficultés possibles et de départager ce qui, dans ces difficultés, appartient au parent ou à l'enfant. Actuellement utilisé dans certains CSSS et CJ du Québec, il constitue un outil connu, validé et abondamment utilisé par les chercheurs et praticiens. Par contre, la liste des 101 items à compléter peut sembler longue pour le parent répondant et pose le risque d'un certain désinvestissement de sa part, d'où l'importance d'accompagner le parent dans la procédure de passation. Par ailleurs, la version courte de l'outil peut s'avérer une alternative intéressante dans un contexte de dépistage de la négligence sur le plan parental. Celle-ci contient 36 items et a déjà fait l'objet d'études de validité dans sa forme originale anglophone (Haskett, Ahern, Wars, & Allaire, 2006; McKelvey *et al.*, 2009) et francophone.

Indice de stress parental (ISP)	
Forces	Outil très connu et abondamment utilisé tant par les chercheurs que les praticiens. Il présente de grandes qualités méthodologiques. Il a fait l'objet de plusieurs études de validité dans plusieurs contextes géopolitiques, notamment le Québec. Il reçoit la cote A du *California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare,* sur la base du nombre d'articles ayant démontré la fiabilité et la validité de l'instrument. Permet de cibler l'intensité du stress vécu par le parent et de départager ce qui relève des caractéristiques de l'enfant ou du parent. Peut être utilisé tant dans les CSSS que les CJ par différents types de professionnels. Est déjà utilisé dans certains CSSS et CJ. Disponible en français et en anglais**.**
Faiblesses	L'outil ne mesure pas la négligence comme telle. L'outil s'avère efficace pour discriminer les cas individuels de mauvais traitements : un résultat au 95e percentile ou au-dessus est un indicateur que la sécurité et le développement de l'enfant peuvent être compromis (Lacharité *et al.*, 1999). Cependant, comme il ne mesure qu'un domaine d'influence sur les mauvais traitements, l'évaluation doit tenir compte d'autres facteurs pour identifier les cas de mauvais traitements. L'outil est relativement facile à utiliser, mais l'interprétation est complexe et peut demander un soutien. Certains items sont difficiles à comprendre. L'outil de base étant relativement long à compléter, le groupe de travail recommande l'utilisation de la version courte.

- **Inventaire du potential d'abus (CAPI) (Child Abuse Potential Inventory)**

En dépit du fait qu'il est très souvent utilisé et répertorié dans les études en négligence, le *Child Abuse Potential Inventory (CAPI)* ne permet pas de prédire la négligence et demeure peu discriminatif par rapport à cette problématique (Chaffin & Valle, 2003; McNary & Black, 2003). Il s'agit bien davantage d'un outil de dépistage des risques d'abus physiques. Il sert à évaluer la probabilité

qu'un répondant abuse physiquement de son enfant. Certaines contradictions subsistent en regard de la problématique mesurée par l'outil, mais aussi en regard de la clientèle visée : en effet, selon les documents consultés, le *CAPI* s'adresse tantôt à tout parent suspecté d'abus physiques envers son enfant et tantôt à des familles déjà identifiées comme négligentes par les agences de protection de l'enfance.

Le *CAPI* se présente sous forme de questionnaire de 160 items (énoncés) avec lesquels le répondant (la plupart du temps le parent) se dit en accord ou en désaccord. Le *CAPI* évalue six dimensions relatives à l'abus : la détresse, la rigidité, la tristesse, les problèmes avec les enfants, les problèmes avec la famille, les problèmes avec les autres. De plus, l'outil inclut trois échelles de validité : *the Lie scale* (mensonge), *the Random response scale* (réponses au hasard) et *the Inconsistency scale* (incohérences dans les réponses), lesquelles sont combinées pour créer trois indices de validité : « Faking good » (Faire semblant-positif), « Faking Bad » (Faire semblant-négatif) et « Random response » (Réponses au hasard).

Le *CAPI* a été étudié et validé par plusieurs auteurs. Il est largement utilisé et a démontré sa capacité à cibler les facteurs de risque d'abus physiques chez les parents. Le *CAPI* a été traduit par Palacio-Quintin et Palacio-Quintin (1992) sous le nom d'*Inventaire du potentiel d'abus*. Par contre, la traduction n'a pas fait l'objet d'une validation ou d'une évaluation détaillée en contexte québécois. Quoique facile à administrer (simplicité de la procédure d'administration), l'outil comporte de nombreux items (160) dont certains sont considérés plus difficiles à comprendre pour les parents, particulièrement les items à double négation. De plus, malgré le fait que le *CAPI* présente une certaine validité dans sa capacité à prédire l'abus physique, il n'est pas sensible aux autres formes d'abus, comme la négligence ou l'abus sexuel. Le *CAPI* est également critiqué pour sa longueur d'administration et pour le nombre élevé de faux positifs qu'il engendre. En dépit de sa notoriété et de son utilisation abondante dans les recherches sur la négligence, l'équipe de recherche demeure réticente à recommander cet outil compte tenu des nombreuses ambiguïtés et contradictions en ce qui concerne le but de l'outil et la clientèle visée.

Child Abuse Potential Inventory (CAPI)	
Forces	Évalue six dimensions relatives à l'abus : détresse, rigidité, tristesse, problèmes avec les enfants, avec la famille, avec les autres. Notoriété, utilisation abondante. Disponible en français et en anglais.
Faiblesses	Ne prédit pas la négligence, demeure peu discriminatif par rapport à la problématique. Contradiction en regard de la clientèle visée. Longueur d'administration.

Outils de mesure des conduites parentales – Synthèse et recommandations

À la suite de la recension des écrits, le groupe de travail a retenu deux outils dans cette catégorie : l'*Indice de stress parental (ISP)* et *l'Inventaire du potentiel d'abus (CAPI).* L'analyse des forces et des faiblesses de chacun des outils ont conduit les chercheurs de la présente étude à privilégier l'un d'entre eux, *l'Indice de stress parental*. Les motifs suivants justifient ce choix. Il s'agit d'un outil très connu et abondamment utilisé tant par les chercheurs que les praticiens. Il a fait l'objet de plusieurs études de validité dans plusieurs contextes géopolitiques, notamment le Québec. L'outil situe bien les sources et la nature du stress parental et permet d'ajuster l'intervention en conséquence. Il peut être utilisé dans divers contextes, donc tant dans les CSSS que dans les CJ et par divers types de professionnels, ce qui correspond à un besoin exprimé par les répondants des CSSS.

L'outil ne mesure pas la négligence comme telle. Au-dessus d'un certain seuil, les résultats obtenus à l'outil sont un indicateur que la sécurité et le développement de l'enfant peuvent être compromis. Toutefois, comme il ne mesure qu'un domaine d'influence sur les mauvais traitements, l'évaluation doit être complétée avec d'autres outils tenant compte d'autres facteurs, pour mieux identifier et diagnostiquer les cas de mauvais traitements. L'outil de base étant relativement long à compléter, le groupe de travail recommande l'utilisation de la version courte.

3.3.4. Outils d'évaluation de l'environnement familial et social[16]

La quatrième dimension qui a été considérée en regard de l'évaluation et du dépistage de la négligence est la qualité de l'environnement social et familial de l'enfant. Les outils retenus dans cette catégorie permettent d'évaluer le réseau social de la famille concernée, de mesurer la qualité et la quantité de stimulations offertes à un enfant dans le contexte de son milieu familial et de mieux connaître les dynamiques internes de la famille ainsi que les difficultés qu'elle rencontre.

- **Family Assessment Form (FAF)**

Le *Family Assessment Form (FAF)* est un outil d'évaluation du fonctionnement familial développé aux États-Unis au début des années 1980. Il sert à assister le travail d'évaluation des familles dont l'enfant ou les enfants sont à risque de placement et à développer un plan d'intervention qui permette d'enregistrer les progrès de la famille suivie. Le *FAF* comprend 59 items et identifie les zones préoccupantes et les forces du fonctionnement familial. Il prend en compte six dimensions de la vie familiale (conditions de vie, conditions financières, soutien

[16] Pour plus de détails, voir les grilles d'analyse à l'annexe 6.

aux parents, interactions parents-enfants, stimulation et développement, interactions entre les parents) auxquelles peuvent s'ajouter deux dimensions supplémentaires (histoire du parent, caractéristiques du parent). La forme de l'outil (les entrevues et les grilles d'observation) favorise l'échange entre l'intervenant et la famille, de sorte que les items peuvent faire l'objet d'une cotation, mais peuvent aussi être abordés comme points de discussion. En ce sens, le *FAF* peut être utilisé tant comme schéma d'entrevue que comme instrument de mesure. Lorsque l'intervenant a terminé de remplir l'outil, il rédige un bref portrait psychosocial qui inclut tous les résultats pour chacune des zones nominales et qui établit les forces et les problèmes de la famille ainsi que les préoccupations soulevées.

Le *FAF* est accessible et facile d'utilisation pour les intervenants moins exposés aux procédures systématiques d'évaluation. De plus, cet outil s'intéresse à plusieurs dimensions de la vie de l'enfant et de sa famille et évalue, non seulement le contexte, mais aussi les interactions entre les membres de la famille et leur environnement. Le *FAF*, par la multiplicité des éléments à observer qu'il propose, mène à des pistes d'intervention intéressantes. Par contre, l'outil demande un investissement non négligeable en termes de temps (entrevues, visites à domicile) et, en ce sens, il peut sembler long et fastidieux. De plus, le manque d'informations sur la cotation et sur les résultats aux scores constitue une limite en soi. L'outil a été validé en contexte américain dans les années 1990[17]. Par contre, il ne semble pas être utilisé au Québec : il n'a pas été traduit en français et n'a fait l'objet d'aucune évaluation ou étude de validation. Le site Internet consacré à l'outil est complet et contient plusieurs informations.

Family Assessment Form (FAF)	
Forces	Évalue le fonctionnement familial : conditions de vie, conditions financières, support aux parents, interaction enfants-parents, stimulation et développement, interactions entre parents, histoire du parent et caractéristiques du parent. S'inscrit dans une approche écologique. Documente autant les forces que les préoccupations. Conçu spécifiquement pour les intervenants moins exposés aux procédures d'évaluation systématiques.
Faiblesses	Disponible en anglais seulement, n'est pas utilisé au Québec. L'intervenant doit bien connaître la famille.

- **Family Needs Scale**

Le *Family Needs Scale* (Dunst, Cooper, Weeldreyer, Synder & Chase, 1988) est un outil qui sert à mesurer les besoins des familles en matière d'aide et de

[17] Le *California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare* donne la cote « B» au *Family Assessment Form*, ce qui signifie « Reliability and/or Validity Level Above Face Validity Demonstrated » : http ://www.cebc4cw.org/assessment-tool/family-assessment-form/

ressources et qui s'adresse plus spécifiquement aux familles qui ont de jeunes enfants. Le questionnaire autoadministré (doit être rempli par un parent ou autre membre de la famille) comprend 41 items qui mesurent les besoins des parents en regard de six dimensions, soit la situation financière, l'alimentation et le logement, l'employabilité, les soins de l'enfant, le transport et la communication. Chacun des items doit être coté sur une échelle de 1 à 5 (1 correspondant à « presque jamais » et 5 à « presque toujours »). Les items qui cotent 3 « parfois », 4 « souvent », ou 5 « presque toujours » peuvent indiquer des besoins qui ne sont généralement pas répondus. Ils fournissent ainsi une base de discussion afin de mieux comprendre la nature exacte des besoins de la famille.

Le *Family Needs Scale* présente des items pertinents qui permettent de bien évaluer les multiples facettes du fonctionnement et de l'environnement familial. Les dimensions établies facilitent l'identification des forces et des besoins des familles concernées. En ce sens, les résultats obtenus peuvent être utilisés pour orienter le suivi et pour aider à clarifier les préoccupations et les besoins de la famille. De plus, le temps de passation et d'interprétation du *Family Needs Scale* est rapide et l'outil peut être utilisé par tout type d'intervenant. Par contre, cet outil n'a pas été traduit et n'est disponible qu'en version anglaise, ce qui, pour l'instant, en limite son utilisation. De plus, les informations concernant la procédure de cotation demeurent parcellaires et certaines spécifications sur l'interprétation des résultats demeurent manquantes. Malgré le fait que l'outil soit recommandé par le US department of health and human services, le *Family Needs Scale* n'a pas fait l'objet d'études de validation approfondies et ne jouit pas d'une notoriété aussi importante que d'autres outils recensés.

Family Needs Scale	
Forces	Mesure les besoins des familles en matière d'aide et de ressources.
Faiblesses	Disponible en langue anglaise seulement.

Home Observation for Measurement of the Environment (HOME)

Le *Home Observation for Measurement of the Environment (HOME)* est un outil d'évaluation de l'environnement qui sert à mesurer la qualité et la quantité de stimulations et de soutien offerts à un enfant (âgé de 0 à 15 ans) dans le contexte de son milieu familial. Il existe quatre versions du *HOME* selon l'âge de l'enfant concerné. Le nombre d'items et les sphères visées varient selon la version utilisée. Cet instrument est complété par un évaluateur formé qui se rend au domicile du participant. Il comporte des items d'observation sur l'interaction parent-enfant et d'autres items sous forme d'entrevue semistructurée avec le parent. Le *Home* est accessible et facile d'utilisation dans la

mesure où il demande peu de formation et est simple à remplir. Cet instrument demeure utile pour décrire les principaux secteurs de l'environnement familial de l'enfant et pour identifier les forces et faiblesses de celui-ci. Le *HOME* jouit d'une notoriété très importante dans les domaines de recherche de la négligence et de la maltraitance. Il est abondamment utilisé et a fait l'objet de plusieurs études de validité (particulièrement en contexte américain). Au Québec, la version 3 à 6 ans a été traduite en français par Palacio-Quintin et Lavoie (1986), mais n'a pas fait l'objet de plusieurs études de validité, sinon celle de Palacio-Quintin et Jourdan-Ionescu (1991) dont l'étude portait sur le lien entre les résultats obtenus au *HOME* et à des tests de QI en fonction du niveau socioéconomique et culturel. Par contre, cette même version (*HOME 3 à 6 ans*) a été validée par Tazouti, Prévot et Constant (2009) en contexte français.

Malgré la notoriété de cet outil dans les études relatives à la négligence et à la maltraitance, il présente certaines limites. D'abord, le libellé de quelques items est désuet et mériterait d'être revu et actualisé à la lumière de certains changements sociaux comme la venue des nouvelles technologies (exemples d'items : « la famille est abonnée à au moins une revue mensuelle », « la famille achète et lit un journal quotidien »). Avec l'utilisation grandissante des ordinateurs, plusieurs familles ne sont plus abonnées à des périodiques « papier ». De plus, certains items semblent idéologiquement connotés et démontrent une certaine rigidité dans la façon d'évaluer l'environnement familial de l'enfant (exemples d'items : « on a amené l'enfant dans un musée pendant l'année qui vient de s'écouler », « l'enfant possède un instrument de musique - réel ou jouet », « la maison possède au moins deux reproductions d'art ou un autre genre d'œuvre artistique sur les murs »). Comme le mentionnent Tazouti *et al.* (2009), la majorité des items du *HOME* sont des indicateurs de présence des stimulations dans l'environnement familial et non pas des indicateurs de fonctionnement familial. En ce sens, l'outil a une visée principalement descriptive et doit être complété par un outil (ou des outils) à visée compréhensive. Par ailleurs, la catégorie de réponse de type binaire (oui ou non) prive le praticien ou le chercheur d'informations subtiles qui pourraient s'avérer pertinentes pour établir des jugements complets et informés.

Home Observation for Measurement of the Environment (HOME)	
Forces	Mesure la qualité et la quantité de stimulations et de soutien offerts à l'enfant dans son environnement familial. Possède une notoriété. Simple à remplir. Disponible en français et en anglais.
Faiblesses	Manque de standardisation dans la procédure et de nuance dans le choix de réponse (oui ou non).

- **Inventaire de soutien social et familial (ISSF)**

L'*Inventaire du soutien social et familial (ISSF)* est un outil d'évaluation du réseau social qui permet de mieux connaître le réseau de soutien d'une personne. Il est une adaptation de deux outils connus, soit le *Social Support Questionnaire* (Sarason, Levine,, Basham, & Sarason, 1983) et le *Arizona Social Support Interview Schedule* (Barrera, 1980). L'*ISSF* évalue la présence, mais aussi la qualité du réseau social de la personne concernée. Cet outil s'intéresse à six dimensions du réseau social : le soutien affectif, le soutien financier ou matériel, le soutien informationnel, la valorisation personnelle, le soutien instrumental et le soutien à la socialisation.

Pour chacune de ces six dimensions, la personne doit énumérer le nom, le type de lien et le numéro de téléphone de ceux qu'elle considère comme faisant partie de son réseau. Par la suite, pour chacune des personnes énumérées, elle doit cocher si elle a été en contact avec cette personne au cours du dernier mois. Elle doit évaluer son niveau de proximité avec cette personne sur une échelle de 1 à 4 (le chiffre 4 représentant une personne de qui vous vous sentez très proche) et elle doit également évaluer, sur une échelle de 1 à 4 (1 signifiant un niveau faible de satisfaction et 4 un niveau élevé), son niveau de satisfaction en regard du soutien reçu de cette personne. Le résultat obtenu n'est pas un score chiffré et l'intervenant doit plutôt évaluer l'ensemble des résultats et ensuite transférer dans un graphique circulaire les informations principales pour chacune des six dimensions évaluées. Cet outil permet aussi d'identifier les ressources du parent pour chacune des sphères mentionnées et de cibler les manques et les besoins au niveau du réseau social.

L'outil est simple à utiliser et les items à mesurer pour chacun des noms fournis par la personne sont clairs et facilement identifiables. De plus, la formation est de courte durée et le temps de passation très raisonnable. L'*ISSF* permet également de visualiser et de synthétiser le réseau social de la personne en termes de quantité (nombre de personnes mentionnées), mais aussi en termes de qualité (appréciation de la proximité et du niveau de satisfaction). Au final, il permet de bien cibler dans quelles sphères l'usager obtient un soutien nécessaire et dans quelles autres il manque de soutien. Il peut s'avérer pertinent dans une logique de complémentarité aux programmes en négligence dans la mesure où la densité et la qualité du réseau constituent une sphère de la négligence. Par contre, cet outil est considéré moins efficace lorsque la personne concernée n'est pas prête ou n'est pas apte à évaluer la qualité des relations qu'elle entretient ou la présence de relations malsaines dans sa vie. De plus, au niveau de l'interprétation, comme l'analyse se fait à partir de l'ensemble des résultats, il peut y avoir des désaccords entre l'intervenant et la personne concernée au niveau des perceptions de ce que constitue un « bon »

réseau social (par exemple, l'usager peut trouver son réseau social adéquat et suffisant alors que l'intervenant peut, quant à lui, le trouver déficient et malsain).

Inventaire de soutien social et familial (ISSF)	
Forces	Permet de mieux connaître le réseau de l'usager en termes de quantité et de qualité. Facile à utiliser.
Faiblesses	Outil moins efficace avec certaines personnes moins concernées à évaluer la qualité de leurs relations. Aucune étude de validité, mais créé à partir de deux outils validés.

- **Questionnaire d'évaluation familiale (Family Assesment Device)**

Le *Family Assesment Device* (Epstein, Baldwin, & Bishop, 1983; Miller, Epstein, Bishop, & Keitner, 1985) est connu en français sous le nom de *Questionnaire d'évaluation familiale* (Bolduc, 1991). Cet outil évalue le fonctionnement familial en regard de sept dimensions et permet de dépister les familles dont le fonctionnement familial est inadéquat. L'outil se présente sous forme de questionnaire de 61 items et chaque item doit être coté sur une échelle de niveau 1 à 4 (1 correspondant à « fortement en accord » et 4 à « fortement en désaccord »). Un score faible (inférieur au score critique de 2) traduit un fonctionnement familial sain alors qu'un score élevé (supérieur au score critique de 2) traduit des difficultés plus ou moins importantes dans la famille pour la dimension concernée.

L'outil est convivial et facile à utiliser : son temps de passation est bref et il n'exige pas une formation élaborée et dispendieuse. La procédure de cotation est simple et rapide, le pointage n'impliquant que de simples additions et soustractions. De plus, l'outil est disponible en français. Il a été traduit et validé en contexte québécois par Bolduc (1991), Léonard (1994) et Brousseau (1999, 2000). Le *Family Assessment Device* permet de cibler certaines zones du fonctionnement familial qui ne sont pas facilement ou immédiatement observables et permet également d'identifier tant les forces que les difficultés des familles concernées. Le *Family Assessment Device* a fait l'objet de plusieurs études de validation, et ce, tant en contexte américain que canadien et québécois. En ce sens, l'outil jouit d'une notoriété notable. Par contre, les nombreuses critiques relatives à la validité de la structure de ses facteurs ou encore à sa validité en contexte interculturel laissent tout de même croire à une certaine vulnérabilité de l'outil sur le plan méthodologique.

Questionnaire d'évaluation familiale (Family Assessment Device)	
Forces	Évalue le fonctionnement familial : résolution de problèmes, communication, rôles, expression affective, engagement affectif, maîtrise des comportements, fonctionnement général. Cet outil est convivial et met l'accent sur les forces.
Faiblesses	Validité limitée en contexte interculturel.

Outils d'évaluation de l'environnement social et familial
Synthèse et recommandations

Dans cette catégorie, le groupe de travail a retenu cinq outils qui répondaient aux critères de sélection établis. Certains sont privilégiés à la suite de l'analyse des forces et des faiblesses de ces outils et en considérant, notamment, les besoins décrits par les informateurs clés et la possibilité de déploiement rapide auprès des intervenants des CJ et CSSS. Le groupe de travail privilégie deux d'entre eux, soit l'*Inventaire du soutien social et familial* (ISSF) et le *Questionnaire d'évaluation familiale (Family Assessment Device)*. Les motifs justifiant ces choix sont les suivants.

L'Inventaire du soutien social et familial (ISSF). Cet outil d'évaluation du réseau social permet de mieux connaître le réseau de soutien d'une personne. Cet outil sert à évaluer la présence, la qualité et la densité du réseau social de l'usager. Il est une adaptation de deux outils, soit le *Social Support Questionnaire* (Sarason *et al.*, 1983) et le *Arizona Social Support Interview Schedule* (Barrera, 1980). L'*ISSF* est retenu pour sa pertinence et sa convivialité. Il permet de rapidement se faire un portrait du réseau de soutien de la personne et des ressources manquantes dans celui-ci ainsi que le type de soutien qui devrait être développé.

Le *Questionnaire d'évaluation familiale*. Cet outil évalue le fonctionnement familial et permet de dépister les familles dont le fonctionnement familial est inadéquat. Il est convivial et facile à utiliser. Son temps de passation est bref et il n'exige pas une formation élaborée et dispendieuse. La procédure de cotation est simple et rapide, le pointage n'impliquant que de simples additions et soustractions. De plus, l'outil est disponible en anglais et il a également été traduit et validé en langue française.

3.3.5. Outils axés sur le développement et les comportements des enfants[18]

Dans cette catégorie, huit outils ont été considérés à la suite de la recension des écrits. Cinq d'entre eux ont été retenus pour mesurer le développement socioaffectif, cognitif et moteur des enfants âgés de 0 à 5 ans. Les trois autres mesurent les troubles de comportement et les symptômes post-traumatiques chez les enfants âgés de plus de 5 ans. Pour le choix des outils de mesure du développement des enfants de 0 à 5 ans, le groupe de travail a été guidé par les recommandations formulées par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2010) dans une étude intitulée : « Avis scientifique sur le choix d'un outil de mesure du développement des enfants de 0 à 5 ans dans le cadre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance »[19]. Ces outils sont les suivants : la *Grille Ballon,* la *Grille d'évaluation du*

[18] Pour plus de détails, voir les grilles d'analyse à l'annexe 7.

[19] Dans son étude, l'INSPQ avait comme mandat d'analyser les outils de mesure et de suivi du développement qui sont les plus utilisés pour les enfants qui vivent en contexte de vulnérabilité. En collaboration avec des

développement (GED), l'*Inventaire du développement de l'enfant entre 0-7 ans (Brigance),* le *Nipissing district developmental screen* et les *Questionnaires sur les étapes du développement* (*Ages and Stages Questionnaires - ASQ).* Les trois outils retenus pour les enfants âgés de plus de 5 ans sont les suivants : le *Achenbach System of Empirically Base Assessment* (ASEBA), le *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)* et le *Trauma checklist for young children*.

- **Grille Ballon**

La *Grille Ballon* (Bernier, 2002) est une grille d'observation du développement de l'enfant conçue au Québec par la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Cet outil évalue le développement de l'enfant (0-5 ans) à partir de sept sphères, soit la motricité globale, la motricité fine, la préécriture, le développement cognitif, le langage, l'autonomie et le développement socioaffectif. Une grille spécifique doit être sélectionnée selon l'âge de l'enfant et chacune contient environ 50 items touchant les sept sphères décrites ci-dessus. Sur la grille, l'intervenant ou l'éducateur (lequel doit aussi considérer les observations des parents) indique si les habiletés sont acquises, en voie d'acquisition ou non acquises grâce à des symboles ou à un code de couleurs. Les résultats des observations doivent ensuite être transcrits sur une grille synthèse. À partir de celle-ci, l'observateur peut déterminer le choix des actions à privilégier. Un système de couleurs et de symboles permet également aux parents de voir les aspects qui évoluent et les aspects à surveiller.

L'administration, la codification et l'interprétation de l'outil sont jugées simples. Les consignes pour administrer l'outil sont faciles à repérer et clairement identifiées. Cependant, selon l'équipe de recherche de l'INSPQ (2010), certains items sont plus difficiles à comprendre et il est nécessaire de se référer à un document d'appoint pour bien coder certaines réponses. De plus, la durée de passation relativement longue (soit entre une et deux heures) fait en sorte que l'outil ne peut être administré au cours d'une seule visite à domicile. De plus, il est noté que l'outil n'est pas très sensible aux changements rapides qui peuvent survenir au cours la petite enfance, et ce, principalement en raison du fait que les grilles correspondent à une année complète (une grille couvre 12 mois). Par ailleurs, cet outil est connu dans les services sociaux et de santé, dans les milieux de garde et dans quelques organismes communautaires du Québec. Il a été validé par des experts et des professionnels sur le terrain et a fait l'objet d'une étude d'implantation auprès d'intervenants en intervention précoce (CSSS et CPE)

---

chercheurs, des experts et les répondants régionaux des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) et à partir de recherches dans la littérature scientifique (sur les outils de suivi du développement utilisables dans le cadre de visites à domicile), le groupe de travail a retenu cinq outils : la *Grille d'évaluation du développement (GED)*, l'*Inventaire du développement de l'enfant 0-7 ans* (*Le Brigance*), *Les questionnaires sur les étapes du développement* (ASQ), le *Questionnaire de dépistage du district de Nipissing* et *La grille Ballon*. Les outils sélectionnés devaient répondre aux critères suivants : couvrir la période de la petite enfance de 0 à 5 ans; couvrir au moins quatre sphères du développement des enfants; être disponible en français; pouvoir être administré, codé et interprété par des professionnels ayant des formations diverses (INSPQ, 2010, p. 9).

de la région du Bas-Saint-Laurent. Par contre, la *Grille Ballon* n'a fait l'objet d'aucune étude psychométrique ou d'études pour en déterminer les normes.

Grille Ballon (Grille d'observation du développement de l'enfant)	
Forces	Outil très convivial. Évalue le développement de l'enfant. Peut être utilisé avec familles sous-scolarisées et multiethniques. Peut être utilisé en CPE et CSSS.
Faiblesses	Limité aux enfants de 0 à 5 ans. Passation longue. Pas très sensible aux changements rapides chez les jeunes enfants (grille pour une année).

- **Grille d'évaluation du développement (GED)**

La *Grille d'évaluation du développement (GED)* est un outil d'évaluation du développement des enfants élaboré par des chercheurs québécois. Prenant la forme d'une grille d'observation, il vise à dépister les retards de développement des enfants âgés de 0 à 5 ans aux niveaux moteur, langagier, socioaffectif et cognitif. La grille utilisée est déterminée en fonction de l'âge de l'enfant (14 niveaux d'âge) et le nombre de questions varie entre 28 et 47 selon le groupe d'âge ciblé. Le *GED* n'est pas un outil diagnostic en soi. Il permet avant tout de détecter et de définir les zones où se dessinent les retards de développement de l'enfant et d'orienter le plan d'intervention en conséquence. Considérant les exigences liées à la standardisation des procédures d'interprétation des résultats, le *GED* demande une formation d'environ six heures. Connu et largement utilisé dans plusieurs milieux reliés à l'enfance au Québec (programme *SIPPE*, centres de la petite enfance, CSSS, organismes communautaires, CJ) le *GED* est considéré comme un outil accessible et convivial pour les utilisateurs.

Parmi les cinq outils proposés par l'INSPQ pour la mesure du développement chez les 0-7 ans, le groupe de travail recommande l'utilisation du *GED* parce qu'en plus de répondre aux critères de sélection retenus : 1) il a été développé en contexte québécois; 2) il est déjà utilisé dans plusieurs établissements du réseau de la santé et des services sociaux; et 3) il est facile d'utilisation et apprécié des intervenants. Actuellement, disponible seulement en français, l'outil gagnerait à être traduit en anglais et à être utilisé pour tous les types de clientèle 0-5 ans du Québec, incluant les communautés anglophones et allophones.

Grille d'évaluation du développement (GED)	
Forces	Outil très convivial. Adapté au contexte québécois. Détecte les retards de développement. Permet d'accompagner les parents sur la stimulation à donner à l'enfant. Peut être utilisé en service de garde, en CSSS et en CJ.
Faiblesses	Limité aux enfants de 0 à 5 ans. Passation assez longue. Demande un temps d'appropriation.

Inventaire du développement de l'enfant entre 0 et 7 ans (Brigance)

L'*Inventaire du développement de l'enfant entre 0 et 7 ans*, communément appelé *Brigance* (Brigance, 1997), est un outil de dépistage et de diagnostic qui sert à mesurer le développement de l'enfant âgé de 0 à 7 ans. Le nombre d'items et les sphères ciblés varient en fonction de l'âge de l'enfant concerné. Cet outil est accessible autant aux intervenants des CSSS, qu'aux éducatrices en garderie ou encore aux intervenants en CJ. Pour déterminer s'il y a un retard de développement, certaines balises sont proposées. Un retard simple se caractérise par un écart entre l'âge développemental et l'âge chronologique dans une ou deux sphères (entre 3 et 6 mois de retard selon l'âge de l'enfant), alors qu'un retard global de développement se caractérise par un écart retrouvé dans la majorité des sphères. Cet outil est bien connu au Québec dans le domaine de la santé et des services sociaux et a été validé en contexte américain au début des années 1990. Il permet d'évaluer plusieurs sphères du développement de l'enfant et d'obtenir un portrait global des forces et faiblesses de celui-ci. L'analyse des résultats à chacune des sphères permet également de définir des objectifs concrets adaptés à la situation de l'enfant. Par contre, cet outil demande une certaine préparation et peut paraître long si le groupe d'âge ciblé exige de prendre en compte plusieurs items.

Inventaire du développement de l'enfant entre 0 et 7 ans (Brigance)	
Forces	Outil très convivial. Adapté au contexte québécois. Détecte les retards de développement. Définit des objectifs concrets. Connu de certains CSSS. Disponible en français et en anglais.
Faiblesses	Limité aux enfants de 0 à 7 ans. Processus d'évaluation peut être long et ardu.

Nipissing District Developmental Screen (Nipissing)

Le *Nipissing* est lui aussi un outil de dépistage des retards de développement de l'enfant âgé de 0 à 6 ans. Il évalue le développement à partir de neuf sphères : la vue, l'ouïe, la communication, la motricité fine, la motricité globale, la fonction cognitive, les habiletés sociales, les habiletés affectives et l'autonomie. Le choix du questionnaire est déterminé par l'âge de l'enfant (13 niveaux d'âge disponibles) et chaque questionnaire contient de 12 à 22 questions couvrant l'ensemble des sphères. Dans le cas du *Nipissing*, c'est le parent qui remplit le questionnaire avec l'aide de l'intervenant et qui indique si l'habileté est acquise ou non (oui ou non). Un « non » à deux questions ou plus constitue un signal indiquant une difficulté possible. Les résultats obtenus indiquent clairement s'il faut ou non adresser l'enfant à un spécialiste.

Le *Nipissing* est un outil bien connu et utilisé par les services sociaux et de santé de certaines régions du Québec et d'ailleurs au Canada, entre autres, dans le cadre du Programme d'action communautaire pour enfants (PACE) de

l'Agence de la santé publique du Canada. Il n'existe pas d'étude sur les propriétés psychométriques de la version française. Par contre, les propriétés psychométriques de la version originale anglaise (Dahinten & Ford, 2004) sont plutôt bonnes et ont été calculées à partir d'un échantillon d'environ 200 enfants dont les familles avaient des statuts socioéconomiques variés. Les questionnaires sont disponibles en français et en anglais et sont écrits dans un langage accessible pour les parents. De plus, une section du questionnaire contenant des exemples d'activités de stimulation peut être détachée et remise à ces derniers. Le temps de passation du *Nipissing* est rapide, seulement de 10 à 15 minutes, et peut se faire en une seule rencontre. L'équipe de recherche de l'INSPQ (2010) mentionne également la facilité de repérage des sphères de développement et des items en lien avec ces dernières. Par contre, elle précise que les questionnaires comportent peu d'éléments, ce qui a pour conséquence de limiter la sensibilité de l'outil aux changements rapides du développement.

Nipissing District Developmental Screen (Nipissing)	
Forces	Dépistage des retards de développement. Disponible en français, anglais, espagnol, chinois et vietnamien.
Faiblesses	Limité aux enfants de 0 à 6 ans. Pas utilisé en CSSS ou CJ. Peu sensible aux changements rapides du développement.

- **Questionnaires sur les étapes du développement (Ages and Stages Questionnaires – ASQ)**

L'*Ages and Stages Questionnaires* (ASQ) (Squires, Potter, & Bricker, 1999), traduit en français sous le nom de *Questionnaires sur les étapes du développement*, est un outil de dépistage des retards de développement. Chaque questionnaire (19 niveaux d'âge sont disponibles) comprend 30 items et touche 5 sphères du développement (la motricité globale, la motricité fine, la résolution de problèmes, la communication et les habiletés personnelles et sociales). Chacun des items doit être répondu par « oui », « parfois », « pas encore » (ou par « oui » ou « non » pour certains items). Les réponses sont ensuite converties en points et le total obtenu pour chacune des sous-échelles est comparé à un seuil établi à partir de normes. Les résultats situés en dessous du seuil établi indiquent la nécessité de diriger l'enfant vers un spécialiste pour une évaluation plus approfondie. L'*ASQ* s'adresse à des enfants âgés de 0 à 5 ans et doit être rempli par l'adulte connaissant le mieux l'enfant, généralement le parent.

Cet outil est connu au Québec (dans les milieux de la petite enfance, de la santé et des services sociaux) et dans le reste du Canada, aux États-Unis et dans plusieurs pays d'Europe. L'*ASQ* est considéré comme une méthode efficiente pour identifier les enfants pouvant présenter un retard de développement et comme un outil de dépistage utile pour les professionnels qui travaillent auprès

de jeunes enfants. L'*ASQ* est un questionnaire relativement simple tant au niveau de l'administration que de la codification et de l'interprétation. Il est rédigé dans un langage accessible pour les parents et son temps de passation est jugé raisonnable (30 minutes). De plus, les résultats obtenus indiquent clairement s'il faut ou non diriger l'enfant vers des ressources spécialisées. Par contre, l'outil ne permet pas de dépister les problèmes de langage et les problèmes reliés au développement socioaffectif. L'évaluation des comportements socioaffectifs de l'enfant exige l'utilisation parallèle du *ASQ-SE* (*Ages and Stages Questionnaires-Social Emotional)*.

Questionnaire sur les étapes de développement (Ages and Stages Questionnaires – ASQ)	
Forces	Outil très convivial. Dépiste les retards de développement. Facile à comprendre et adapté au niveau de scolarisation des parents. Est connu de certains services de garde, CSSS.
Faiblesses	Limité aux enfants de 0 à 5 ans. Ne dépiste pas les problèmes de langage. Évalue minimalement le développement socioaffectif.

Achenbach System of Empirically Base Assesment (ASEBA)

L'*Achenbach System of Empirically Base Assessment (ASEBA)* (Achenbach, 1991) évalue les problèmes émotionnels et comportementaux de l'enfant à partir de l'observation de ses comportements par la mère, le père ou une autre personne qui le connaît bien. Cet outil s'adresse aux enfants et adolescents âgés de 18 mois à 18 ans et se présente sous forme de questionnaire, lequel diffère selon l'âge du jeune. La version 18 mois-5 ans est complétée par (ou avec) le parent et comporte 99 items, lesquels décrivent des comportements spécifiques à ce groupe d'âge et regroupent sept sous-échelles : réactivité émotionnelle, anxiété/dépression, somatisation, retrait social, problèmes de sommeil, problèmes d'attention et comportements agressifs. Quant à la version 6-18 ans, elle comporte 118 items répartis selon huit sous-échelles : anxiété/dépression, retrait/dépression, somatisation, problème de socialisation, troubles de la pensée, problèmes d'attention, comportements délinquants et comportements agressifs. La version 6-18 ans, selon le questionnaire utilisé, peut s'adresser aux parents (*Child Behavior Checklist (CBCL)*), à l'adolescent (*Youth Self-Report*) ou à l'enseignant (*Teacher Report Form*). Peu importe la version utilisée, les items doivent être cotés à l'aide d'une échelle de type Likert proposant trois choix de réponse : « ne s'applique pas », « plutôt vrai » ou « très vrai ».

Les deux versions fournissent un résultat global et deux résultats se référant aux problèmes de type intériorisé et de type extériorisé. Les problèmes intériorisés regroupent des manifestations d'anxiété, de retrait, de dépression et de somatisation chez l'enfant, alors que les problèmes extériorisés sont

davantage liés à des comportements agressifs et de transgression des règles. Plus le résultat global au *CBCL* est élevé, plus l'occurrence de problèmes comportementaux et émotionnels est importante et donc plus l'enfant est susceptible de présenter des difficultés d'adaptation psychologique et sociale.

L'outil est un des instruments de mesure les plus utilisés pour l'évaluation des troubles de comportement, tant en recherche qu'en clinique. Plusieurs études empiriques ont validé les propriétés psychométriques de l'outil et les études de Rescorla *et al.* (2007) et d'Ivanova *et al.* (2007) ont démontré que les propriétés psychométriques du *CBCL* présentaient une remarquable stabilité dans 30 pays où il a été utilisé, dont certains présentaient de très bas taux d'alphabétisation et de scolarité. Ces données confirment la validité transculturelle de l'outil. Concernant la traduction française, quelques études sur les propriétés psychométriques ont été réalisées auprès de populations françaises et québécoises, mais il n'y a pas encore de normes québécoises. Le *Child Behavior Checklist* est considéré comme un outil convivial et facilement accessible. Il peut être utilisé par différents intervenants, dans de multiples contextes et auprès de populations d'origines socioculturelles diverses. Il évalue rapidement l'importance des difficultés perçues et tient compte des difficultés intériorisées aussi bien qu'extériorisées. Par contre, il requiert une formation de deux jours et exige un certain temps de supervision. On lui reproche également d'évaluer strictement les comportements du jeune et de ne pas aborder l'aspect des cognitions, croyances ou émotions associées aux comportements.

Achenbach System of Empirically Base Assessment (ASEBA) Child Behavior Checklist – CBCL	
Forces	Évalue les troubles de comportement chez l'enfant de 18 mois à 18 ans. Passation facile. Disponible en français et en anglais (traduit en 85 langues).
Faiblesses	Supervision requise. N'aborde pas l'aspect des cognitions, croyances ou émotions associées aux comportements.

- **Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) et Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)**

Le *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)* et le *Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)* (Briere, 1996, 2005) sont des outils d'évaluation des traumatismes chez les enfants et les adolescents. Ces outils évaluent les symptômes de stress post-traumatiques chez des enfants et des adolescents qui ont vécu des expériences traumatisantes telles que l'abus sexuel, physique et psychologique; la négligence; la violence interpersonnelle, un accident majeur ou un deuil majeur. Le *TSCC* contient 54 items et s'adresse à des enfants âgés de 8 à 16 ans alors que le *TSCYC* contient quant à lui 90 items et s'adresse à de jeunes enfants âgés de 3 à 12 ans. Le *TSCC* et le *TSCYC* se présentent sous forme de questionnaire autoadministré (en ce qui a

trait au *TSCC*) ou rempli par le parent (dans le cas du *TSCYC*). Les questions évaluent la fréquence d'apparition des symptômes sur une échelle à niveau de quatre points (jamais, parfois, souvent, presque toujours). Un score pour chaque échelle clinique est calculé. Plus le score est élevé, plus l'enfant présente des symptômes cliniques. Les deux outils offrent des profils de cotation différents selon l'âge du sujet et le sexe. Les scores obtenus par le sujet sont interprétés à partir de scores T. Un score T de 65 et plus indique que le répondant est considéré comme cliniquement significatif (sauf pour l'échelle de préoccupations sexuelles dont le seuil clinique est 70). Les scores T entre 60 et 65 suggèrent une symptomatologie importante, sans toutefois être clinique. L'instrument comporte aussi deux échelles de validité permettant de mesurer la tendance à sous-estimer ou à surestimer des symptômes. L'administration et la correction du *TSCC* ne demandent pas de formation spécifique. Par contre, l'interprétation du *TSCC* doit être faite par des personnes ayant complété un premier cycle du domaine social et bénéficié d'une formation et d'une supervision leur permettant de travailler avec ce type d'instrument. Le *TSCC* et le *TSCYC* ont été validés par plusieurs études empiriques. Ils sont reconnus et utilisés par plusieurs chercheurs et cliniciens dans différents pays d'Amérique du Nord et d'Europe. Les outils ont été traduits en français et sont utilisés en contexte québécois. Par contre, les résultats des études de validation de la traduction française demeurent partiels.

Selon Nilsson, Wadsby, et Svedin (2008), le *TSCC* permet de bien identifier les symptômes traumatiques pour les enfants et les adolescents qui ont subi des traumatismes (spécifiquement pour les enfants et les adolescents qui ont été abusés sexuellement). Utilisé comme instrument de dépistage, il permet également aux cliniciens d'établir et de fournir l'aide thérapeutique appropriée pour les enfants concernés. En ce sens, le *TSCC* et le *TSCYC* sont des outils pertinents dans un contexte comme celui des CJ qui travaillent avec une clientèle ayant souvent vécu des expériences traumatisantes. Notons également que le *TSCC* et le *TSCYC* sont deux outils construits sur la base de théories et de recherches sur le développement des enfants, sur les traumas chez l'enfant et sur les réactions de l'enfant face aux évènements dits traumatisants. Le *TSCC* est facile à administrer et à comprendre pour l'enfant qui doit remplir lui-même le questionnaire. Selon certains auteurs (Lanktree *et al.*, 2008; Wherry, Graves, & King, 2008), il serait tout de même préférable de tenir compte tant du point de vue de l'enfant que de celui du parent en ce qui concerne l'évaluation des traumatismes vécus par l'enfant. Pour ce faire, il faudrait, selon eux, envisager la possibilité d'administrer le *TSCC* à l'enfant ainsi que le *TSCYC* au parent, même dans les cas où l'enfant est âgé de plus de 8 ans. Cette façon de faire fournirait davantage d'informations cliniques sur les symptômes et besoins de l'enfant.

Trauma Symptom Checklist for Children (8-16 ans) – TSCC Trauma Symptom Checklist for Young Children (3-12 ans) – TSCYC	
Forces	Évalue les traumatismes et prend en compte la perspective de l'enfant. Facile à comprendre pour l'enfant. Disponible en français et en anglais.
Faiblesses	Formulation de certains items peut être offensante pour certains parents. Favorise peu la multiplicité des sources.

Outils d'évaluation du développement et des comportements de l'enfant – Synthèse et recommandations

À la suite de la recension des écrits et de l'avis scientifique réalisée par l'INSPQ (2010) concernant le choix d'un outil de mesure du développement des enfants de 0 à 5 ans, le groupe de travail a retenu huit outils conformément aux critères sélectionnés. À la suite de l'analyse des forces et des faiblesses de ces derniers, et ce, en considérant les besoins décrits par les informateurs clés et la possibilité de déploiement rapide auprès des intervenants des CJ et CSSS, certains sont privilégiés.

Pour les enfants âgés de 0 à 5 ans, le groupe de travail privilégie la *Grille d'évaluation du développement (GED)* pour les raisons suivantes. Cet outil renferme de bonnes qualités cliniques, son implantation est de plus en plus importante en CSSS, CJ et CPE. Il est en général très apprécié des intervenants et correspond à plusieurs des besoins répertoriés dans cette étude : ceux de disposer d'outils de mesure du développement des enfants, faciles à utiliser et n'exigeant pas trop de temps d'administration. Toutefois, il serait intéressant que le *GED* soit traduit en anglais pour les CJ et CSSS qui ont une clientèle anglophone. De plus, une validation transculturelle serait à faire. Également, une adaptation pour les enfants âgés de 6 à 11 ans serait intéressante à réaliser afin de répondre au besoin des milieux.

Pour les enfants âgés de plus de 5 ans, l'*Achenbach System of Empirically Base Assessment (ASEBA)* connu aussi sous le nom de *Child Behavior Checklist (CBCL)* (pour les enfants de 18 mois à 18 ans) est privilégié. Cet outil est convivial pour évaluer les troubles de comportement. Il évalue rapidement l'importance des difficultés perçues tant au niveau intériorisé qu'extériorisé. Il est le plus utilisé au monde pour l'évaluation des troubles de comportement, tant en recherche qu'en clinique. Il est disponible en français et en anglais.

Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) (pour les enfants de 8 à 16 ans) et le *Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)* (pour les enfants de 3 à 12 ans). Ces outils sont à privilégier, car ils permettent d'évaluer les traumatismes et prennent en compte la perspective de l'enfant. Ils sont utiles pour situer les impacts de la violence. Ils sont faciles à administrer, ce qui

rejoint les besoins des milieux, ainsi qu'à comprendre pour les jeunes. Le *TSCC* est un bon outil de dépistage pour les cliniciens. Ces outils sont disponibles en française et en anglais.

3.4. Outil complémentaire : le *Répertoire d'indices généraux de maltraitance relativement aux enfants 0 à 5 ans ou d'enfants à naître*

Au-delà des outils présentés dans la section précédente, l'équipe de recherche a également porté une attention particulière au *Répertoire d'indices généraux de maltraitance relativement aux enfants 0 à 5 ans ou d'enfants à naître* (Dionne et coll., 2010) en réponse à la demande du MSSS d'en vérifier la composition et la pertinence dans un contexte de dépistage de la négligence. Cet outil a été élaboré par un groupe de travail composé de représentants de différents établissements du réseau de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, et ce, en réponse à un besoin du milieu, à la suite de décès d'enfants. Ce comité avait pour mandat de :

- Convenir d'un répertoire d'indices généraux de maltraitance relativement aux enfants de 0 à 5 ans ou d'enfants à naître;
- Déterminer les pratiques conjointes ainsi que les trajectoires de services à chacune des étapes du « processus protection de la jeunesse » en précisant les rôles et les fonctions de chacun des établissements, et ce, en vertu de leur mandat respectif et des lois qui les régissent;
- Bonifier le protocole régional de collaboration CJ-CSSS (Chaudière-Appalaches) en y intégrant les modifications de la LPJ, les trajectoires de services et les mécanismes de collaboration convenus entre les établissements ainsi que les règles entourant l'échange de renseignements confidentiels entre un CJ et un autre établissement du réseau de la santé et des services sociaux.

Le *Répertoire d'indices généraux de maltraitance relativement aux enfants de 0 à 5 ans ou d'enfants à naître* constitue un des trois documents élaborés ou révisés par le comité. En effet, parallèlement à ce répertoire, le *Protocole de concertation des services auprès de la clientèle jeunes en difficulté en Chaudière-Appalaches* ainsi que le programme « Concerto : l'accueil des nouveau-nés » ont été mis sur pied. Le *Répertoire d'indices généraux de maltraitance relativement aux enfants de 0 à 5 ans ou d'enfants à naître* est donc un outil pouvant servir d'indicateur à une consultation ou à un signalement à la DPJ. Il s'agit principalement, selon les concepteurs eux-mêmes, « d'un document de référence à l'intention des professionnels et des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux qui rappelle les paramètres relativement à l'obligation de signaler ». Le document est donc un outil de dépistage qui se présente sous forme de grille d'observation. Il présente différents éléments à observer (chez l'enfant, chez le parent et dans l'environnement), mais n'exige aucune cotation ou procédure de pointage. En ce sens, il ne présente pas de résultats chiffrés, mais plutôt des indices généraux servant d'aide-mémoire ou d'indicateurs de signalement. Comme le

répertoire est récent (son lancement a eu lieu en octobre 2011), on connaît très peu encore ses forces et limites.

Notre groupe de travail reconnaît la démarche rigoureuse qui accompagne l'établissement de cette grille. De plus, le partenariat et la collaboration intrinsèques à la mise sur pied et au déploiement de cette grille d'observation ne peuvent qu'être positivement soulignés. Par contre, le *Répertoire d'indices généraux de maltraitance relativement aux enfants de 0 à 5 ans ou d'enfants à naître* n'a pas été retenu dans notre sélection finale d'outils d'évaluation et de dépistage de la négligence, principalement en raison du fait qu'il s'agit davantage d'une grille d'observation ou encore d'un document de référence que d'un outil comme tel. De plus, le *Répertoire d'indices généraux de maltraitance relativement aux enfants de 0 à 5 ans ou d'enfants à naître* est peu connu et utilisé (pour l'instant) et n'a fait l'objet d'aucune étude de validation ou évaluation.



Conclusion

Le mandat confié au Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (CJQ-IU) et au Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (CJM-IU), dans le cadre des activités du Réseau universitaire intégré jeunesse (RUIJ) consistait à « dresser un inventaire des outils cliniques disponibles pour évaluer la négligence et à en faire une analyse de pertinence, et ce, dans la perspective de rejoindre l'intérêt des CSSS et des CJ ». Plus spécifiquement, le mandat consistait à :

- Circonscrire les besoins des intervenants de CSSS et de CJ en matière d'outils cliniques dans le cadre de l'intervention en négligence;
- Dresser un inventaire des outils cliniques en négligence, au Québec ou ailleurs, répondant aux besoins déterminés préalablement, notamment à partir d'une revue de littérature sur le sujet;
- Élaborer une grille d'analyse de la pertinence des outils cliniques retenus;
- Procéder à une analyse de la pertinence des outils cliniques retenus;
- Énoncer des recommandations au MSSS.

Ce rapport vise à offrir une réponse, la plus exhaustive possible, à chacune des questions posées par ce mandat.

Besoins en matière d'outils cliniques

Un premier constat se dégage de l'analyse des besoins des milieux. Les données font ressortir un besoin important d'outils cliniques dans les CSSS. Près de 60 % des informateurs clés des établissements qui ont participé à la consultation rapportent que le personnel clinique de leur service n'utilise aucun outil de dépistage ou d'évaluation de la négligence dans sa pratique quotidienne. Quant à ceux qui utilisent déjà un outil dans leur travail auprès des familles vulnérables, ils estiment en général que celui-ci ne répond pas à leurs besoins. La méconnaissance des outils disponibles et les problèmes d'accessibilité à ces outils sont perçus comme une des contraintes importantes à la mise en place de processus d'évaluation psychosociale en CSSS. Du côté des CJ, les consultations auprès d'informateurs clés indiquent que les intervenants ont déjà accès à des outils dans leur pratique. Cependant, tout indique que ceux-ci ne comblent pas tous leurs besoins.

En ce qui concerne le type d'outils recherchés, les consultations réalisées à différents niveaux révèlent que les CSSS recherchent surtout un outil qui leur permettra d'identifier précocement les situations de négligence ou qui leur fournira des indicateurs pour soutenir la décision de signaler. Les résultats de l'enquête par informateurs clés font par ailleurs ressortir le besoin d'outils qui discriminent les différents types de négligence et qui mesurent le niveau de sévérité de la négligence. Certains identifient le besoin d'une grille conviviale qui faciliterait

une première lecture de la problématique à l'Accueil-Évaluation-Orientation, ce qui permettrait d'orienter le dossier dans le bon service. Enfin, on précise que l'outil recherché doit pouvoir être utilisé par différents types de professionnels. Dans les CJ, le besoin qui ressort le plus clairement des consultations est celui d'un outil de mesure de la sévérité et de la chronicité de la négligence. On évoque également l'importance de disposer d'outils qui permettent de bien évaluer les capacités parentales et qui tiennent compte des forces des parents.

Certains des besoins exprimés sont communs aux deux types d'établissement. Pour les informateurs des CSSS comme pour ceux des CJ, le critère principal à prioriser dans le choix d'un outil d'évaluation de la négligence reste la convivialité. On recherche un outil court et facile à utiliser. Plusieurs souhaiteraient par ailleurs se doter d'un outil de soutien à l'évaluation des besoins des enfants et de leurs parents, permettant d'objectiver la négligence et d'établir un langage commun, qui viendrait soutenir l'intervention et serait susceptible de s'inscrire dans une démarche interactive entre la famille et l'intervenant. On souligne également l'importance de disposer d'outils qui permettraient une procédure d'évaluation globale. On estime que le choix des outils doit refléter le caractère multifactoriel de l'étiologie du phénomène et s'inscrire dans une approche écosystémique et développementale de la négligence.

Outils recensés

Cinq constats issus de la littérature scientifique et clinique ainsi que de la prise en considération des besoins des milieux ont orienté les travaux du groupe de travail.

- Un regard sur la littérature scientifique et clinique en matière d'évaluation des situations de négligence montre que, en dépit de la forte prévalence du phénomène de la négligence et de ses effets délétères durables sur le bien-être et le développement des enfants, il existe peu d'outils cliniques comportant assez de qualités conceptuelles et métrologiques pour pouvoir dépister et évaluer adéquatement la négligence. Cela tient en grande partie à la complexité de la problématique, la négligence étant un phénomène hétérogène quant aux comportements, expériences, situations et conséquences qui la caractérisent. Une grande partie du problème réside dans l'absence de consensus sur la définition de la notion de négligence.
- Un des enjeux entourant le choix d'un outil clinique en négligence est celui de la cible de la mesure de la négligence : « Doit-on partir des caractéristiques des parents, des besoins des enfants, du contexte social ou des trois? » En cohérence avec le modèle écosystémique auquel se rallient les milieux de pratique et les experts consultés, il appert que le choix des outils cliniques en négligence doit refléter le caractère multifactoriel de l'étiologie du phénomène et donc tenir compte des divers domaines d'influence sur les situations de négligence et les mécanismes qui les engendrent (caractéristiques des parents, des enfants, de la relation parents-enfants et de leur environnement proximal et distal).

- Un autre objet de débat dans la littérature sur la mesure de la négligence réside dans la question suivante : « Doit-on proposer une mesure globale de la négligence ou tenir compte des types de négligence? » Il est désormais acquis que la négligence peut prendre des formes diverses impliquant une étiologie, des expériences et des conséquences différentes et exigeant en ce sens des modes d'intervention particuliers. La mesure de la négligence doit donc tenir compte du fait que cette problématique est une réalité multidimensionnelle. Les consultations auprès des milieux de pratique font également ressortir le besoin d'outils qui tiennent compte des diverses dimensions de la négligence.
- Un grand nombre de chercheurs et d'études ont mis en évidence l'importance d'inscrire la définition et la mesure de la négligence dans un continuum de gravité ou de sévérité. Ils estiment généralement qu'une distinction doit être faite entre la négligence transitoire ou circonstancielle et la négligence chronique. Les consultations auprès des milieux de pratique confirment le besoin d'outils qui tiennent compte de la sévérité et de la chronicité de la négligence.
- Généralement, on reconnait que pour qu'il y ait négligence, l'absence de réponses aux besoins de l'enfant doit entraîner la présence ou un risque significatif de conséquences négatives pour le bien-être et le développement de cet enfant. La négligence étant définie comme une omission, elle est souvent repérée de manière indirecte, c'est-à-dire par l'observation de ses conséquences sur les enfants.

En définitive, les conclusions des rares études disponibles sur les enjeux entourant l'évaluation des situations de négligence ainsi que les consultations auprès des milieux de pratique suggèrent que le choix d'outils d'évaluation de la négligence doit tenir compte des facteurs suivants : 1) les différentes formes de négligence; 2) la chronicité et la gravité de ses manifestations; 3) l'âge et le stade de développement des enfants; 4) les conséquences potentielles sur le développement de l'enfant; et 5) les divers domaines d'influence sur la problématique.

Ces constats ont des impacts sur la façon dont le groupe de travail a orienté ses travaux. Une conclusion s'imposait : « aucun outil ne peut à lui seul se conformer à toutes ces exigences ». Le groupe de travail a pris la décision de ne pas limiter la recension des écrits aux outils spécifiquement axés sur la négligence. La recension est donc centrée sur l'ensemble des outils cliniques susceptibles d'être pertinents pour la pratique en négligence. L'objectif du rapport est de proposer un ensemble d'outils pour mesurer toutes les facettes de la réalité de l'enfant négligé, tenant compte, notamment, des principaux domaines d'influence de la négligence et des conséquences sur l'enfant, et qui sont susceptibles d'être utilisés en complémentarité.

Tenant compte de ces principes, la recherche documentaire a permis de recenser un grand nombre d'outils cités dans les écrits scientifiques et cliniques publiés sur la problématique

de la négligence depuis l'année 2000. Parmi eux, 26 répondent aux trois critères de sélection déterminés par le groupe de travail, soit : 1) être doté d'une validité empirique ou par consensus d'experts au moins dans sa version originale; 2) être doté d'une notoriété dans la littérature scientifique et clinique récente ou être déjà utilisé dans les CSSS ou les CJ du Québec; et 3) ne pas exiger de spécialisation particulière pour la passation et l'interprétation. Les 26 outils ont été regroupés en cinq grandes catégories tenant compte notamment des divers domaines d'influence sur la négligence. Sont donc distingués : 1) les outils axés sur la négligence; 2) les outils multifactoriels tenant compte de plusieurs domaines d'influence sur la négligence; 3) les outils d'évaluation des capacités parentales; 4) les outils d'évaluation de l'environnement social et familial de l'enfant; et enfin 5) les outils d'évaluation du développement physique, émotif et comportemental de l'enfant.

Analyse des outils et les recommandations qui en découlent

En cohérence avec le mandat confié au groupe de travail, chacun des 26 outils retenus a fait l'objet d'une analyse critique à partir d'une fiche technique élaborée aux fins de l'étude, la *Grille d'analyse des outils cliniques en négligence*. L'analyse a notamment considéré les dimensions de qualité, de pertinence, de convivialité et d'accessibilité pour apprécier les forces et les limites de chacun des outils. Sur la base de cette analyse et en considérant, d'une part, les besoins ressortis des consultations et, d'autre part, la possibilité de déploiement relativement rapide auprès des intervenants des CJ et CSSS, le groupe de travail privilégie certains outils susceptibles de faire partie du coffre à outils des intervenants.

Outils axés sur la négligence

Parmi les 26 outils retenus, seulement quatre sont spécifiquement axés sur la problématique de négligence : le *Childhood Level of Living Scale* (Polansky *et al.,* 1981), l'*Index de négligence* (Trocmé, 1996), le *Mother-Child Neglect Scale* (Lounds *et al.,* 2004) et le *Multidimensional Neglectful Behavior Scale* (Kaufman Kantor *et al.,* 2004). À la suite de l'analyse de ces quatre outils, le groupe de travail privilégie l'un d'entre eux, soit *l'Index de négligence (Child Neglect Index)* de Trocmé, 1996. Les motifs suivants justifient ce choix :

- Il s'agit d'un outil doté de validité empirique;
- L'outil existe en langue française et anglaise. La version française a été adaptée au contexte québécois et a fait l'objet d'études de validation en contexte québécois;
- L'outil comporte certaines des caractéristiques recherchées par les milieux. Il s'agit d'un outil convivial, accessible et court qui mesure six formes de négligence, qui évalue la sévérité de la négligence et permet de pondérer la gravité de la négligence selon l'âge de l'enfant (de 0 à 18 ans).

L'outil n'est cependant pas conçu pour dépister la négligence (la présence ou pas de négligence). De plus, il ne tient pas compte des divers domaines d'influence sur le phénomène,

ni des conséquences pour l'enfant. Toutes ces dimensions doivent donc être mesurées séparément par d'autres instruments en cohérence avec l'adoption d'une vision écosystémique de la négligence.

Les membres du groupe soulignent par ailleurs le caractère prometteur du *Multidimensional Neglectful Behavior Scale* (Kaufman Kantor *et al.*, 2004). Selon les concepteurs, les résultats des études de validation déjà réalisées suggèrent que le *MNBS* est un outil prometteur pour la détection et l'évaluation de la négligence. Ils estiment toutefois que d'autres études de validation auprès d'échantillons plus importants sont requises avant l'implantation clinique de cet outil.

Outils multifactoriels

La recension des écrits a permis d'identifier sept outils qui répondent aux critères de sélection retenus par le groupe de travail : la *Grille de dépistage du risque de discontinuité et d'instabilité*; *l'Inventaire concernant le bien-être de l'enfant (ICBE)*; le *Guide d'évaluation des capacités parentales* (Steinhauer); les outils dérivés du cadre britannique : la *Grille commune d'analyse des besoins de l'enfant*, la *Grille d'analyse préliminaire des besoins de l'enfant* et le *Cahier d'analyse des besoins de développement de l'enfant (CABE)*; et *le Système de soutien à la pratique (SSP)*.

D'emblée, il faut préciser qu'aucun de ces outils n'a été conçu pour mesurer la négligence en tant que telle. Il ressort toutefois des études de validation de l'*ICBE* que certaines échelles de l'outil peuvent discriminer les familles négligentes des familles non négligentes. L'outil est par ailleurs très présent dans la littérature clinique et scientifique sur la problématique de la négligence et il est fréquemment utilisé dans les contextes d'évaluation de la négligence.

Tous ces outils présentent un intérêt important pour la pratique en négligence, leur apport majeur étant de tenir compte de plusieurs domaines d'influence et de proposer à des degrés divers une lecture multifacette de la situation familiale, dans la lignée de l'approche écosystémique privilégiée par les milieux de pratique consultés. L'*ICBE*, le *Guide d'évaluation des capacités parentales* et le *CABE* comportent également deux autres caractéristiques recherchées par les milieux : 1) ils permettent d'identifier et de qualifier les forces des parents dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives et familiales; et 2) ils sont conçus pour faire émerger les zones et les pistes d'intervention avec les familles. De plus, tous trois sont traduits en français et adaptés au contexte québécois. Le *CABE* a, de plus, le mérite de répondre aux besoins exprimés par les milieux de pratique pour des outils de soutien à l'évaluation des besoins de l'enfant, permettant d'établir un langage commun entre intervenants des CJ et des CSSS et susceptibles de s'inscrire dans une démarche interactive entre la famille et l'intervenant.

Par contre, aucun de ces outils ne comporte les caractéristiques de convivialité recherchées par les milieux de pratique. La solution à ces problèmes pourrait exiger une certaine adaptation des modes d'organisation du travail. Elle pourrait notamment résider dans

l'instauration de modalités de travail en équipes multidisciplinaires susceptibles de favoriser le soutien mutuel, le partage de la charge de travail, la validation des décisions et le partage des expertises. Parmi les solutions envisageables, on peut également penser à la création d'équipes spécialisées pour soutenir l'évaluation et la prise de décision dans les cas complexes.

Par ailleurs, seul l'*ICBE* a fait l'objet d'études de validation empirique. Des études de validation des autres outils pourraient être envisagées. Quant à l'*ICBE*, il nécessiterait une mise à jour afin d'être adapté aux modifications apportées à la LPJ en 2007.

Les membres du groupe soulignent que les trois outils dérivés du cadre britannique présentent beaucoup de potentiel pour l'utilisation dans le continuum CSSS et CJ. La *Grille d'analyse préliminaire des besoins de l'enfant*, notamment, pourrait répondre aux besoins exprimés par les répondants des CSSS pour un outil permettant d'évaluer la pertinence de signaler une situation au centre jeunesse et d'une grille conviviale qui faciliterait une première lecture de la problématique à l'Accueil-Évaluation-Orientation (AÉO) de la demande de service. Toutefois, comme la *Grille commune d'analyse des besoins de l'enfant,* cet outil n'a pas encore été implanté au Québec, de sorte qu'on en connaît mal les forces et les limites de même que les exigences entourant son implantation.

Outils d'évaluation des conduites parentales

À la suite de la recension des écrits, le groupe de travail a retenu deux outils dans cette catégorie conformément aux critères établis : l'*Indice de stress parental* (ISP) et *l'Inventaire du potentiel d'abus (CAPI).* L'analyse des forces et des faiblesses de chacun des outils conduit à privilégier l'un d'entre eux, l'*Indice de stress parental.* Les motifs qui suivent justifient ce choix. Il s'agit d'un outil très connu et abondamment utilisé tant par les chercheurs que les praticiens. Il a fait l'objet de plusieurs études de validité dans plusieurs contextes géopolitiques, notamment le Québec. L'outil situe bien les sources et la nature du stress parental et permet d'ajuster l'intervention en conséquence. Il peut être utilisé dans divers contextes, donc tant dans les CSSS que dans les CJ et par divers types de professionnels, ce qui correspond à un besoin exprimé par les répondants des CSSS.

L'outil ne mesure pas la négligence comme telle. Au-dessus d'un certain seuil, les résultats obtenus sont un indicateur que la sécurité et le développement de l'enfant peuvent être compromis. Toutefois, comme cet outil ne mesure qu'un domaine d'influence sur les mauvais traitements, l'évaluation doit être complétée avec d'autres instruments tenant compte d'autres facteurs, pour mieux identifier et diagnostiquer les cas de mauvais traitements. L'outil de base étant relativement long à compléter, le groupe de travail recommande par ailleurs l'utilisation de la version courte.

Outils d'évaluation de l'environnement social et familial de l'enfant

Dans cette catégorie, le groupe de travail a retenu cinq outils qui répondaient aux critères de sélection établis. À la suite de l'analyse des forces et des faiblesses de ces outils, le

groupe de travail privilégie deux d'entre eux, soit : l'*Inventaire du soutien social et familial (ISSF)* et le *Questionnaire d'évaluation familiale (Family Assessment Device)*. L'*ISSF* sert à évaluer la présence, la qualité et la densité du réseau social de l'usager. Il est une adaptation de deux outils, soit le *Social Support Questionnaire* (Sarason *et al.*, 1983) et le *Arizona Social Support Interview Schedule* (Barrera, 1980). L'*ISSF* est retenu pour sa pertinence et sa convivialité. Il permet de faire un portrait rapide du réseau de soutien de la personne et des ressources manquantes dans celui-ci ainsi que du type de soutien qui devrait être développé. Le *Questionnaire d'évaluation familiale* mesure le fonctionnement familial et permet de dépister les familles dont le fonctionnement familial est inadéquat. Il est convivial et facile à utiliser : son temps de passation est bref et il n'exige pas une formation élaborée et coûteuse. La procédure de cotation est simple et rapide. De plus, l'outil a été traduit et validé en langue française.

Outils d'évaluation du développement et des comportements de l'enfant

Dans cette catégorie, huit outils ont été retenus suite à la recension des écrits. Cinq d'entre eux ont été retenus pour mesurer le développement socioaffectif, cognitif et moteur des enfants âgés de 0 à 5 ans. Les trois autres mesurent les troubles de comportement et les symptômes post-traumatiques chez les enfants âgés de plus de 5 ans. Pour le choix des outils de mesure du développement des enfants de 0 à 5 ans, le groupe de travail a été guidé par les recommandations formulées par l'INSPQ (2010). Ces outils sont les suivants : la *Grille Ballon,* la *Grille d'évaluation du développement (GED),* l'*Inventaire du développement de l'enfant entre 0-7 ans (Brigance),* le *Nipissing district developmental screen* et les *Questionnaires sur les étapes du développement* (*Ages and Stages Questionnaires-ASQ).* Les trois outils retenus pour les enfants âgés de plus de 5 ans sont les suivants : le *Achenbach System of Empirically Base Assessment (ASEBA),* le *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)* et le *Trauma checklist for young children (TCYC).*

Pour les enfants âgés de 0 à 5 ans, le groupe de travail privilégie la *Grille d'évaluation du développement (GED)* pour les raisons suivantes**.** Cet outil comporte de bonnes qualités cliniques et son implantation est de plus en plus importante en CSSS, CJ et CPE. Il est en général très apprécié des intervenants et correspond à plusieurs des besoins répertoriés dans cette étude : ceux de disposer d'outils de mesure du développement des enfants, faciles à utiliser et n'exigeant pas trop de temps d'administration. Toutefois, il serait intéressant que le *GED* soit traduit en langue anglaise pour les CJ et CSSS qui ont une clientèle anglophone. De plus, une validation transculturelle serait à faire. Également, une adaptation pour les enfants âgés de 6 à 11 ans serait intéressante à réaliser afin de répondre au besoin des milieux.

Pour les enfants âgés de plus de 5 ans, le *Achenbach System of Empirically Base Assessment (ASEBA)* est privilégié. Cet outil est convivial pour évaluer les troubles de comportement. Il évalue rapidement l'importance des difficultés perçues tant au niveau intériorisé aussi bien qu'extériorisé. C'est l'outil le plus utilisé au monde pour l'évaluation des troubles de comportement, tant en recherche qu'en clinique. Il est disponible en français et en anglais.

Le *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC)* (pour les enfants de 8 à 16 ans) et le *Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)* (pour les enfants de 3 à 12 ans) sont également à privilégier, car ils permettent d'évaluer les traumatismes et prennent en compte la perspective de l'enfant. Ils sont utiles pour situer les impacts de la violence. Ils sont faciles à administrer, ce qui rejoint les besoins des milieux. Le *TSCC* est un bon outil de dépistage pour les cliniciens. Ces outils sont disponibles en français et en anglais.

Défis de l'implantation d'outils cliniques en négligence

La littérature scientifique et clinique identifie les conditions d'implantation des outils cliniques comme l'un des enjeux clés de l'évaluation psychosociale des familles vulnérables. La recension des écrits pertinents montre qu'il est essentiel, avant de proposer des outils cliniques aux milieux de pratique, de s'assurer que certaines conditions soient mises en place pour en favoriser une implantation réussie et une utilisation adéquate. À défaut de le faire, on s'expose à des évaluations qui risquent d'être invalides, ce qui n'est pas sans conséquence, puisque toute évaluation donne une direction à l'intervention et mène à des décisions susceptibles de changer la vie d'une famille. Ces études montrent qu'une évaluation efficace des situations de négligence ne doit donc pas reposer uniquement sur le choix et le développement d'outils de mesure, mais également : 1) sur une formation continue; 2) sur la mise en place de systèmes efficaces de saisie et de gestion de données; 3) sur l'expertise, les habiletés et la disponibilité des acteurs concernés; 4) sur le soutien de l'organisation; et 5) sur une supervision clinique systématique et régulière et un processus de suivi de la qualité. Pour que les praticiens voient mieux la pertinence et le sens clinique des outils qu'ils auront à utiliser, les auteurs consultés prônent également l'adoption d'approches participatives visant à impliquer les intervenants dans le choix et le processus d'implantation des outils.

Les données issues de la consultation des informateurs clés et des discussions au sein du comité consultatif montrent que les défis restent nombreux quant aux conditions à mettre en place pour favoriser une implantation réussie d'outils cliniques dans la pratique des établissements concernés. Les consultations font ressortir quatre types de besoins quant aux conditions d'implantation d'outils cliniques dans la pratique en négligence.

- **Besoin de formation.** Particulièrement important dans les CSSS (relevé par 73,3 % des répondants), ce type de besoin est également rapporté par 46,7 % des informateurs issus des CJ. Les lacunes dans la formation aux outils viennent au premier rang des obstacles à une utilisation optimale d'outils d'évaluation dans ces établissements.
- **Besoin de supervision et de soutien clinique.** Ce type de besoin est rapporté par près de la moitié des répondants de CJ et des CSSS et est également identifié comme l'une des contraintes à une utilisation adéquate des outils cliniques dans un contexte d'évaluation de la négligence.
- **Besoin de temps pour se former, s'approprier les outils et en faire une utilisation rigoureuse.**

- **Besoin de cohérence.** Alors que les répondants des CSSS évoquent le besoin d'un programme d'intervention en négligence pour orienter les choix en matière de stratégies d'évaluation psychosociale, les représentants des CJ expriment un besoin de cohérence entre le programme, les outils et l'intervention. La préoccupation pour les retombées sur l'intervention est bien présente. Dans les deux cas, le message transmis par les informateurs clés est que le recours à des outils cliniques doit faire sens pour les acteurs impliqués dans le processus. Les répondants estiment qu'une étape préalable à l'implantation de nouveaux outils doit être la mise en place du programme d'intervention en négligence qui devrait orienter davantage les choix en matière de stratégies d'évaluation psychosociale.

Références

Abidin, R. R. (1986). *Parenting Stress Index –Manual*. Charlottesville : Pediatric Psychology Press.

Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist*/4-18 *and 1991 Profile*. Burlington : University of Vermont, Department of Psychiatry.

Akin, B. A., McDonald, T. P., et Tullis, L. A. (2010). An inventory of Risk Assessment in Child Protection : Instrument Usage and Key Features. Dans J. Fluke et A. Comstock, *Protecting Children*, *25*(3), p. 35-51.

Allin, H., Wathen, N., et MacMillan, H. (2005). Treatment of child neglect: a systematic review. *Canadian Psychiatric Association, 50*(8), p. 497-504.

Association des centres jeunesse du Québec (2008). *PNF 2008-2009. Cahier du participant, compétences spécifiques réseau, module 207, Intervention auprès des familles en situation de négligence.* Montréal : ACJQ.

Association des centres jeunesse du Québec (2009a). *Guide des outils cliniques en centre jeunesse*. Montréal : ACJQ.

Association des centres jeunesse du Québec (2009b). *Répertoire des outils cliniques en centre jeunesse : fiches/outils cliniques.* Montréal : ACJQ.

Association des centres jeunesse du Québec (2011). *La violence change l'enfance : Bilan des directeurs de la protection de la protection de la jeunesse / Directeurs provinciaux.* Montréal : ACJQ.

Barrera, M. L. (1980). A method for the assessment of social support networks in community survey research. *Connections, 3*, p. 8-13.

Bédard, Jean (1998). *Familles en détresse sociale, repères d'action*, *Tome 1 : du social au communautaire.* Québec : Éditions Anne Sigier.

Bernier, N. (2002). *Grille ballon : grille d'observation du développement de l'enfant. Document pratique à l'usage des éducatrices en stimulation précoce et en petite enfance, des responsables de service de garde et des parents* (2e édition révisée et corrigée). Rimouski : Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation.

Bigras, M., Lafrenière, P. J., et Abidin, R. R. (1996). *Indice de stress parental : Manuel francophone en complément de l'édition américaine.* Toronto : Multi-Health Systems.

Bolduc, N. (1991). *Lien entre le fonctionnement familial et le rendement scolaire chez les élèves de 3e année primaire*. Mémoire présenté à la faculté de médecine en vue de l'obtention de garde de maître es sciences. Sherbrooke : Université de Sherbrooke, Département des sciences infirmières.

Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children* (TSCC). Odessa, FL : Psychological Assessment Resources.

Briere, J. (2005). *Trauma Symptom Checklist for Young Children* (TSCYC). Odessa, FL : Psychological Assessment Resources.

Brigance, A. H. (1997). *Inventaire du développement de l'enfant entre 0 et 7 ans* (3e édition revue et validée). Ontario : Centre franco-ontarien de ressources pédagogiques.

Brazelton, B., et Greenspan, S. (2000). *The Irreducible Needs of Children.* Cambridge, MA : Perseus.

Brousseau, M. (1999). *La perception du fonctionnement familial de parents négligents et non négligents et les facteurs familiaux, parentaux et environnementaux associés*. Thèse présentée à la faculté des études supérieures de l'Université Laval. Québec : École de service social, Université Laval.

Brousseau, M. (2000). *La perception du fonctionnement familial de parents négligents et non négligents et les facteurs familiaux, parentaux et environnementaux associés.* Québec : Laboratoire de recherche, Série : résultats de recherche, Faculté des sciences sociales, École de service social, Université Laval.

Brousseau, M., Beaudry, M., Simard, M., et Charbonneau, C. (2009). *Le projet famille en contexte de négligence. Développement et expérimentation d'une intervention familiale*. Rapport de recherche. Québec : Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire.

Cahn, K., et Nelson, K. (2009). Shining light on chronic neglect. *American Humane*, *24*(1).

Centre jeunesse Chaudière-Appalaches (2010). *Répertoire d'indices généraux de maltraitance relativement aux enfants de 0 à 5 ans ou d'enfants à naître*. Lévis : Centre jeunesse Chaudière-Appalaches.

Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (2011). *Programme-cadre montréalais en négligence. La compréhension de la problématique de la négligence*. Montréal : Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire.

Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (2006). *Le Guide de pratique sur l'intervention psychosociale en négligence auprès des usagers 6-13 ans*. Québec : Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire.

Chaffin, L., et Valle, M. A. (2003). Dynamic prediction characteristics of the child abuse potential inventory. *Child abuse and neglect, 27*, p. 463-481.

Chamberland, C., Lacharité, C. Lessard, D., Dufour, S., Lemay, L., Clément, M. É., Fafard, G., et coll. (2012). *Recherche évaluative de l'initiative AIDES : Rapport final.* Présentée à la Statégie nationale de prévention du crime du Gouvernement du Canada, en collaboration avec le ministère de la Sécurité publique du Québec. Montréal : Université de Montréal.

Chamberland, C., Lessard, D., Lacharité, C., Bouchard, V., Clément, M.-É., Fafard, G., *et al.* (2010). *Recherche évaluative de l'initiative AIDES : Rapport préliminaire d'évaluation 2.* Présenté à La Stratégie nationale de prévention du crime du gouvernement du Canada en collaboration avec le ministère de la Sécurité publique du Québec.

Crittenden, P. M. (1999). Child Neglect : Causes and Contributors. Dans H. Dubowitz, *Neglected Children: Research, Practice and Policy.* Thousand Oaks, California, London: Sage Publications.

Dahinten, S. V., et Ford, L. (2004). *Validation of the Nipissing District Develpmental Screen for use with infants and Toddlers- working paper*. British Columbia : Consortium for Health, Intervention, Learning and Development, University of British Columbia.

DePanfilis, D. (1996). Implementing child maltreatment risk assessment systems : Lessons from theory. *Administration in Social Work, 20*(2), p. 41-47.

DePanfilis, D. (2006). *Child Neglect: A Guide for Prevention, Assessement, and Intervention*. U.S. Department of Health and Human Services Administration for Children and Families. Child Abuse and Neglect. Office on Child Abuse and Neglect.

Dionne, M., et coll. (2010). *Répertoire d'indices généraux de maltraitance relativement aux enfants de 0 à 5 ans ou d'enfants à naître.* Lévis : Centre jeunesse Chaudière-Appalaches.

Diorio, G., Fortin, G., et coll. (1999). *Croissance et développement, indices d'abus et de négligence chez l'enfant de la naissance à cinq ans.* Montréal : Hôpital Sainte-Justine, Le centre hospitalier universitaire mère-enfant, Université de Montréal.

Dubowitz, H., Pitts, S. C., et Black, M. M. (2004). Measurement of Three Major Subtypes of Child Neglect. *Child Maltreatment*, *9*(4), p. 344-356.

Dunst, C. J., Cooper, C. S., Weeldreyer, J. C., Synder, K. D., et Chase, J. H. (1988). Family Needs Scale. Dans C. J. Dunst, C. M. Trivette, et A. G. Deal (dir.). *Enabling and empowering families: Principles and guidelines for practice.* Cambridge, MA : Brookline Books.

Epstein, N. B., Baldwin, L., et Bishop, D. S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, *9*, p. 171-180.

Éthier, L. S., Bourassa, L., et Kappler, U. (2006). *Évolution des familles négligentes : chronicité et typologie. Étude de suivi 1992 à 2005*. Rapport de recherche FQRSC. Trois-Rivières : Université du Québec à Trois-Rivières.

Éthier, L. S., Couture, G., Lacharité, C., et Gagnier, J. P. (2000). Impact of a multidimensional intervention program applied to families at risk for child neglect. *Child abuse Review, 9*, p. 19-36.

Éthier, L. S., et Lacharité, C. (2001). Les causes et les effets de la négligence envers les enfants : Quels sont les constats de la recherche? *Les Sciences de l'Éducation, 34*(1), p. 27-45.

Gambrill, E., et Shlonsky, A. (2000). Risk assessment in context. *Children and Youth Services Review, 22*(11-12), p. 813-837.

Gaudin, J. M. (1993). *Child neglect : A guide for intervention*. Washington, DC : U.S. Department of Health and Human Services; Administration for Children and Families; Administration on Children, Youth, and Families; National Center on Child Abuse and Neglect.

Gaudin, J. M., Polansky, N. A., et Kilpatrick, A. C. (1992). The Child Well-Being Scale : A Field Trial, *Child Welfare, 71*, p. 319-328.

Gershater-Molko, R. M., Lutzker, J. R., et Sherman, J. A. (2003). Assessing child neglect. *Aggression and violent behaviour, 8*, p. 563-585.

Gilligan, P., et Manby, M. (2008). The Common Assessment Framework: does the reality match the rhetoric?. *Child and Family Social Work, 13*(2), p. 177-187.

Harrington, S., Zuravin, S., DePanfilis, D., Ting, L., et Dubowitz, H. (2002). The Neglect Scale : Confirmatory Factor Analyses in a Low-Income Sample, *Child Maltreatment*, *7*, p. 359.

Haskett, M. E., Ahern, L. S., Wars, C. S., et Allaire, J. C. (2006). Factor Structure and Validity of the Parenting Stress Index-Short Form. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 35*(2), p. 302-312.

Hearn, J. (2011). Unmet needs in addressing child neglect : Should we go to the drawing board? *Children and Youth Services Review, 33*, p. 715-722.

Hrdy, S. B. (1999). *Mother Nature : A History of Mothers, Infants and Natural Selection.* New York : Pantheon.

Hugues, R. C., et Rycus, J. S. (2007). Issues in risk assessment in child protective services. *Journal of Public Child Welfare, 1*(1), p. 85-116.

Institut national de santé publique du Québec (2010). *Avis scientifique sur le choix d'un outil de mesure du développement des enfants de 0 à 5 ans dans le cadre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance*. (http ://www.inspq.qc.ca). Québec : Gouvernement du Québec.

Ivanova, M. Y., Dobrean, A., Dopfner, M., Erol, N., Fombonne, E., Fonseca, A., et OH, K. F. (2007). Testing the 8-syndrome structure of the Child Behavior Checklist in 30 societies. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36,* p. 405-417.

Kaufman Kantor, G., Holt, M. K., Mebert, C. J, Straus, M. A., Drach, K. M, Ricci, L. R., MacAllum, C. A., et Brown, W. (2004). Development and Preliminary Psychometric Properties of the Multidimensional Neglectful Behavior Scale-Child Report. *Child Maltreatment*, *9*(5), p. 409-428.

Kaufman Kantor, G., Holt, M., et Straus, M. A. (2004). *The parent report multidimensional neglectful behavior scale.* Durham, NH : Family Research Laboratory.

Knoke, D., et Trocmé, N. (2005). Reviewing the evidence on assessing risk for child abuse and neglect. *Brief treatment and crisis intervention*, *5*(3), p. 310-327.

Lacharité, C. (2009). Approche participative auprès des familles. Dans C. Lacharité, J. P. Gagnier, (dir.), *Comprendre les familles pour mieux intervenir : Repères conceptuels et stratégies d'action* (p. 157-182). Montréal : Chenelière.

Lacharité, C. (2011). Approche participative avec les parents en contexte d'autorité : une brève introduction. Dans M. Boutanquoi (dir.), *Interventions sociales auprès de familles en situation de précarité* (p. 63-72). Paris : L'Harmattan.

Lacharité, C., Éthier, L.S., et Nolin, P. (2006). Vers une théorie écosystémique de la négligence envers les enfants. *Bulletin de psychologie, 59*(4), p. 381-394.

Lacharité, C., Éthier, L.S., et Couture, G. (1999). Sensibilité et spécificité de l'indice de stress parental face à des situations de mauvais traitements d'enfants. *Revue canadienne des sciences du comportement, 31*, p. 217-220.

Lanktree C. B., Gilbert, A. M., Briere, J., Taylor, N., Chen, K., Maida, C. A., et Saltzman, W. R. (2008). Multi-informant assessment of maltreated children : Convergent and discriminant validity of the TSCC and TSCYC. *Child Abuse & Neglect*, *32*(6), p. 621-625.

Leonard, N. (1994). *Perception de la relation conjugale, du fonctionnement familial et du sentiment de competence parentale chez des pères et des meres d'un premier enfant âgé d'un an.* Sherbrooke : Université de Sherbrooke, Faculté de médecine (sciences infirmières).

Lessard D., Chamberland, C., et Léveillé, S. (2007). L'évaluation de l'initiative AIDES. Pour changer la culture d'aide à l'enfance et à la famille dans des communautés québécoises. *Les enfants du Canada*. Ottawa : Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants, p. 38-48.

Léveillé, S., et Chamberland, C. (2010). Toward a general model for child welfare and protection services : A meta-evaluationof international experiences regarding the adoption of the Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families (FACNF). *Children and Youth Services Review, 32*(7), p. 929-944.

Lounds, J. J., Borkowski, J. G., et Whitman, T. L. (2004). Reliability and Validity of the Mother-Child Neglect Scale. *Child Maltreatment*, *9*(4), p. 371-381.

Lounds, J. J., Borkowski, J. G., et Whitman, T. L. (2006). The Potential for Child Neglect : The Case of Adolescent Mothers and Their Children. *Child Maltreatment, 11*, p. 281-294.

Lyons, P., Doueck, H. J., et Wodarski, J. S. (1996). Risk assessment for child protective services : A review of the empirical literature on instrument performance. *Social Work Research*, *20*, p. 143-155.

Magura, S., et Moses, B. S. (1986). *Outcome Measures for Child Welfare Services*. Washington, D.C. : Child Welfare League of America.

Mayer, M. (2007). La pauvreté comme facteur de risque de négligence. *Revue de psychoéducation, 36*(2), p. 353-362.

Mckelvey, L. M., Whiteside-Mansell, L., Faldowski, R. A., Shears, J., Ayoub, C., et Hart, A. D. (2009). Validity of the Short Form of the *Parenting Stress Index* for Fathers of Toddlers. *Journal of Child and Family Studies*, *18*(1), p. 102-111.

McNary, S. W., et Black, M. M. (2003). Use of the Child Abuse Potential Inventory. *Child Abuse and Neglect, 27*, p. 459-461.

Miller, I., Epstein, N., Bishop, D., et Keitner, G. (1985). The McMaster Family Assessment Device : Reliability and validity. *Journal of Marital and Family Therapy*, *11*, p. 345-356.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007). *Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience : Programme-services Jeunes en difficulté. Offre de service 2007-2012.* Québec.

National Research Council U.S. (1998). *Understanding Child Abuse and Neglect.* Washington : National Academy Press.

Nilsson, D., Wadsby, M., et Svedin, C. G. (2008). The psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist For Children (TSCC) in a sample of Swedish children. *Child Abuse & Neglect*, *32*(6), p. 627-636.

Olds, D., Sandler, L., et Kitzman, H. (2007). Programs for parents of infants and toddlers : Recent evidence from randomized trials. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43*, p. 355-391.

Palacio-Quintin, V., et Palacio-Quintin, E. (1992). *Version française du questionnaire CAPI de Milner* (Document inédit) GREDEF. Trois-Rivières : Université du Québec à Trois-Rivières.

Palacio-Quintin, E., et Lavoie, T. (1986). *Version française du HOME forme préscolaire. Cahiers du GREDEF.* Trois-Rivières : Université du Québec à Trois-Rivières.

Palacio-Quintin, E., et Jourdan-Ionescu, C. (1991). Les enfants de 4 ans : la mesure du HOME et du QI en fonction du niveau socio-économique et culturel. *Enfance*, *43*(1-2), p. 99-110.

Paquette, D. (2008). Le comportement parental. Dans G. M. Tarabulsy, M. A. Provost, S. Drapeau et É. Rochette (dir.), *L'évaluation psychosociale auprès des familles vulnérables* (p. 77-96). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Perreault, I., et Beaudoin, G. (2008). *La négligence envers les enfants : Bilan des connaissances.* Montréal : Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP).

Pithouse, A. (2007). Is everyone Singing the Same Song? A case study to develop and evaluate an inter-agency common assessment for children in need? Dans C. Chamberland, S. Léveillé, et N. Trocmé (dir.). *Des enfants à protéger, des parents à aider. Des univers à rapprocher* (p. 323-344). Québec : Presses de l'Université du Québec.

Pithouse, A., Hall, C., Peckover, S., et White, S. (2009). A Tale of two CAFs; The Impact of the Electronic Common Assessment Framework. *British Journal of Social Work, 39*(4), p. 599-612.

Polansky, N. A., Chalmers, M. A., Buttenweiser, E., et Williams, D. (1978). Assessing adequacy of child caring : an urban scale. *Child Welfare*, *57*(7), p. 439-449.

Rescorla, L., Achenbach, T. M., Ivanova, M. Y., Dumenci, L., Almqvist, F., Bilenberg, N., et Verhulst, F. (2007). Epidemiological comparisons of problems and positive qualities reported by adolescents in 24 countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*, p. 351–358.

Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., et Sarason, B. R. (1983). Assessing Social Support : The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 44(*1), p. 127-139.

Sheppard M., Mcdonald, P., et Melbourne, P. (2010). The Parent Concerns Questionnaire and Parenting Stress Index : Comparison of Two Common Assessment Framework-compatible Assessment Instrument. *Child and Family Social Work, 15*, p. 345-356.

Slack, K., Holl, J., Altenbernd, L., McDaniel, M., et Stevens, A. B. (2003). Improving the Measurement of Child Neglect for Survey Research : Issues and Recommendations. *Child Maltreatment, 8*(2), p. 98-111.

Squires, J. Potter, L., et Bricker, D. D. (1999). *The ASQ User's Guide for the Age & Stages Questionnaire A Parent-Completed Child Monitoring System*. Baltimore : Paul H. Brookes Publishing Co.

Steinhauer P. D., (1993). *Assessing Parenting Capacity Manual Guidelines*. Institute for the prevention of child abuse.

Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., Som, A., McPherson, M., et Dees, G. (2009). Risk factors in child maltreatment : A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior, 14*(1), p. 13-29.

Stowman, S. S., et Donohue, B. (2005). Assessing child neglect : A review of standardized measures. *Aggression and Violent Behavior, 10*, p. 491-512.

Straus, M. A., et Kaufman Kantor, G. (2005). Definition and Measurement of Neglectful Behavior : Some Principles and Guidelines. *Child Abuse and Neglect, 29*, p. 19-29.

Tanner, K., et Turney, D. (2003). What do we know about child neglect? A critical review of the literature and its application to social work practice. *Child and Family Social Work, 8*(1), p. 25-34.

Tarabulsy, G. M., Provost, M. A., Drapeau, S., et Rochette, E. (2008). *L'évaluation psychosociale auprès de familles vulnérables*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Tazouti, Y., Prévot, E., et Constant, M. (2009). Évaluation de l'environnement familial par la version française du HOME préscolaire. *Enfance*, *61*(2), p. 223-239.

Trocmé, N. (1996). Development of a Preliminary Evaluation of the Ontario Child Neglect Scale. *Child Maltreatment*, *1*(2), p. 145-155.

Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Daciuk, J., Felstiner, C., Black, T., Tonmyr, L., Blackstock, C., Barter, K., Turcotte, D., et Cloutier, R. (2005). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements des cas de violence et de négligence envers les enfants – 2003 : Données principales.* Ottawa : Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada.

Turcotte, D., Trocmé, N., Dessureault, D., Hélie, S., Cloutier, R., et Montambeault, E. (2007). *Étude sur l'incidence et les caractéristiques de la maltraitance signalée à la Direction de la protection de la jeunesse au Québec. La situation en 2003*.

Turcotte, G., Cardinal, G., et Sanchez, I. (2007). *Le programme À chaque enfant son projet de vie permanent. Rapport d'évaluation d'implantation.* Montréal : IRDS.

United Kingdom. National Assembly for Wales and Home Office (2001). *Framework for the Assessment of Children in Need and Their Families*. London, England : The Stationery Office.

Vézina, A., et Bradet, R. (1992). Validation québécoise de l'inventaire concernant le bien-être de l'enfant en relation avec l'exercice des responsabilités parentales. *Science et Comportement, 22,* p. 233-251.

Vézina, A., et Pelletier, D. (1993). Un instrument de mesure pour faciliter l'évaluation et l'intervention en protection de la jeunesse. *Service social*, *2*(2), p. 63-81.

Ward, H., et Jones, H. (2009). Le système de protection en Angleterre. *Santé, société et solidairté, 1*, p. 181-192.

Watson, J. (2005). *Child Neglect: Literature Review*. Dept. of Community Services.

Wherry, J. F., Graves, L. E., et King, H. M. (2008). The Convergent Validity of the Trauma Symptom Checklist for Young Children for a Sample of Sexually Abused Outpatients. *Journal of Child Sexual Abuse*, *17*(1), p. 38-50.

White, A., et Walsh, P. (2006). *An issues paper. Risk assessment in child welfare*. *Centre for Parenting & Research.* NSW Department of Community Services. (www.community.nsw.gov.au)

White, A. (2005). *Litterature Review. Assessment of parenting capacity. Centre for Parenting & Research*. NSW Department of Community Services. (www.community.nsw.gov.au)

White, S., Hall, C., et Peckover, S. (2009). The Descriptive Tyranny of the Common Assessment Framework : Technologies of Categorization and Professional Practice in Child Welfare. *British Journal of Social Work, 39*, p. 1197-1217.

Wilson, D., et Horner, W. (2005). Chronic child neglect : Needed developments in theory and practice. *Families in Society, 86*(4), p. 471-482.

Zuravin, S. J. (1999). Child neglect : A review of definitions and measurement research. Dans H. Dubowitz (dir.), *Neglected children : Research, practice, and policy*. Thousand Oaks, CA : Sage.

ANNEXE 1

Grille de consultation sur les besoins des CSSS et des CJ en matière d'outils cliniques en négligence

Grille de consultation sur les besoins des CSSS et des CJ en matière d'outils cliniques en négligence

Objectif de cette consultation : Circonscrire les besoins des intervenant(e)s des CSSS et des CJ en matière d'outils cliniques dans le cadre de l'intervention en négligence et répertorier les outils d'évaluation actuellement utilisés dans ces établissements.

Avant de remplir cette grille, nous vous invitons à consulter vos collègues et le personnel clinique appelés à travailler avec les familles et les jeunes en difficulté afin d'avoir un portrait complet des besoins de votre établissement. Cette façon de faire est très importante pour l'équipe de recherche qui souhaite avoir un aperçu le plus étendu possible de la réalité terrain.

Nom et prénom du répondant :

____

Nom de l'établissement :

____

Région administrative :

____

1. Le personnel de votre établissement utilise-t-il un ou des outils de dépistage ou d'évaluation des situations de négligence dans son travail?
   - ❑ Non (passer à la question 4)
   - ❑ Oui (remplir un ou plusieurs tableaux à la question 2)

2. Si oui, veuillez nous indiquer quels sont les outils dont vous disposez actuellement (maximum 5 outils). Pour chacun des outils utilisés, veuillez remplir un tableau.

* Nous aimerions obtenir une copie du ou des instruments qui sont utilisés dans votre établissement, avec son guide d'utilisation s'il y a lieu. Vous pouvez transmettre ces documents à l'adresse courriel : genevievelamonde.cj03@ssss.gouv.qc.ca ou postale : Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire, 2915 Bourg-Royal, Québec, G1C 3S2.

Nom de l'outil 1 et auteurs	
Qui en sont les principaux utilisateurs? (Ex. : psychologues, agents de relations humaines, travailleurs sociaux, psychoéducateurs, infirmières, etc.)	
L'outil est-il en lien avec un service ou un programme d'intervention (si oui, lequel)?	
Dans quel contexte de pratique l'outil est-il utilisé (visite à domicile, rencontre au bureau, etc.)?	
Quelles sont les principales forces de l'outil?	
Quelles sont les limites ou les difficultés d'application de l'outil?	
Recommanderiez-vous cet outil à un collègue qui en ferait la demande?	

Nom de l'outil 2 et auteurs	
Qui en sont les principaux utilisateurs? (Ex. : psychologues, agents de relations humaines, travailleurs sociaux, psychoéducateurs, infirmières, etc.)	
L'outil est-il en lien avec un service ou un programme d'intervention (si oui, lequel)?	
Dans quel contexte de pratique l'outil est-il utilisé (visite à domicile, rencontre au bureau, etc.)?	
Quelles sont les principales forces de l'outil?	
Quelles sont les limites ou les difficultés d'application de l'outil?	
Recommanderiez-vous cet outil à un collègue qui en ferait la demande?	

Nom de l'outil 3 et auteurs	
Qui en sont les principaux utilisateurs? (Ex. : psychologues, agents de relations humaines, travailleurs sociaux, psychoéducateurs, infirmières, etc.)	
L'outil est-il en lien avec un service ou un programme d'intervention (si oui, lequel)?	
Dans quel contexte de pratique l'outil est-il utilisé (visite à domicile, rencontre au bureau, etc.)?	
Quelles sont les principales forces de l'outil?	
Quelles sont les limites ou les difficultés d'application de l'outil?	
Recommanderiez-vous cet outil à un collègue qui en ferait la demande?	

Nom de l'outil 4 et auteurs	
Qui en sont les principaux utilisateurs? (Ex. : psychologues, agents de relations humaines, travailleurs sociaux, psychoéducateurs, infirmières, etc.)	
L'outil est-il en lien avec un service ou un programme d'intervention (si oui, lequel)?	
Dans quel contexte de pratique l'outil est-il utilisé (visite à domicile, rencontre au bureau, etc.)?	
Quelles sont les principales forces de l'outil?	
Quelles sont les limites ou les difficultés d'application de l'outil?	
Recommanderiez-vous cet outil à un collègue qui en ferait la demande?	

Nom de l'outil 5 et auteurs	
Qui en sont les principaux utilisateurs? (Ex. : psychologues, agents de relations humaines, travailleurs sociaux, psychoéducateurs, infirmières, etc.)	
L'outil est-il en lien avec un service ou un programme d'intervention (si oui, lequel)?	
Dans quel contexte de pratique l'outil est-il utilisé (visite à domicile, rencontre au bureau, etc.)?	
Quelles sont les principales forces de l'outil?	
Quelles sont les limites ou les difficultés d'application de l'outil?	
Recommanderiez-vous cet outil à un collègue qui en ferait la demande?	

3. Ces outils répondent-ils à tous vos besoins en matière de dépistage et d'évaluation de la négligence?
   - ❑ Non
   - ❑ Oui

4. De quel type d'outil le personnel de votre établissement aurait-il le plus besoin dans le cadre de l'intervention en négligence (il est possible de cocher plus d'un choix)?
   - ❑ Dépistage (identification précoce ou repérage d'une situation de négligence)
   - ❑ Soutien à l'évaluation des besoins des parents
   - ❑ Soutien à l'évaluation des besoins et au développement de l'enfant
   - ❑ Soutien à la prise de décision OU indicateurs pour faire un signalement
   - ❑ Soutien à la planification de l'intervention
   - ❑ Autre (spécifiez) :
     ____

5. Quelles dimensions de la négligence souhaiteriez-vous retrouver dans un outil (ex. : types de négligence, chronicité et sévérité de la négligence, etc.)?

____
____
____

6. Quels sont les critères prioritaires dans le choix d'un outil pour dépister et évaluer les situations de négligence (classer par ordre de priorité de 1 à 8)?
   - ❑ Convivialité (langage clair, rapidité d'utilisation, facilité d'interprétation, accessibilité)
   - ❑ Pertinence pour l'intervention
   - ❑ Caractère multidimensionnel (mesure différentes dimensions de la négligence)
   - ❑ Adaptation de l'outil selon l'âge de l'enfant
   - ❑ Fiabilité des dimensions méthodologiques (validité scientifique)
   - ❑ Utilisation actuelle dans le réseau de la santé et des services sociaux
   - ❑ Potentiel d'utilisation dans le continuum des services CSSS et CJ
   - ❑ Notoriété internationale (reconnaissance ou utilisation par des institutions reconnues, recommandations de chercheurs ou d'experts cliniques)
   - ❑ Autres (spécifiez)

   ____

7. Quelles sont les principales contraintes de votre organisation en matière d'utilisation d'outils de dépistage et d'évaluation des situations de négligence?

____
____
____

8. Quels sont les **besoins** de votre organisation en termes d'utilisation d'outils de dépistage et d'évaluation des familles en contexte de négligence (formation, supervision, programmes, etc.)?

____
____
____

9. Avez-vous entendu parler d'un outil d'évaluation de la négligence qui vous semblerait intéressant à implanter dans les établissements du réseau?

   ❑ Non
   ❑ Oui
   (spécifiez) : ____

10. Est-ce que vous ou une personne de votre équipe accepteriez de participer à une entrevue ou à un *focus group* pour échanger sur le thème de l'évaluation de la négligence?

   ❑ Non
   ❑ Oui (inscrire les coordonnées ici-bas)

Si oui, coordonnées pour vous joindre (ou joindre la personne désignée) :

Nom et prénom : ____

Tél :____

Courriel : ____

Merci d'avoir pris le temps de remplir cette grille

ANNEXE 2

Liste des outils non retenus

Liste des outils non retenus

Nom de l'outil	Motifs de l'exclusion
Care neglect index (Knutson *et al.*, 2005).	Peu de documentation disponible : cité dans moins de trois études.
Checklist for Living Environments to Assess Neglect (CLEAN) (Watson-Perczel *et al.*, 1988)	Trop restrictif. Mesure une seule dimension de l'environnement proximal de la famille : la propreté du logement.
Child Abuse and Neglect Risk Evaluation (CARE) Child Abuse and Neglect Risk Evaluation – version courte (CARE'S) (Schatz *et al.*, 2008)	Peu de documentation disponible. Cité dans moins de trois études.
Child Abuse and Neglect - Nurses Questionnaire (Fraser *et al.*, 2010)	Outil non validé. Peu de documentation disponible : cité dans un seul article sans aucune spécification sur l'outil. Conçu pour les besoins spécifiques des infirmières. Pourrait être intéressant pour le programme SIPPE.
Childhood abuse and neglect questionnaire (CANQ) (Evren *et al.*, 2006)	Peu de documentation disponible : cité dans quelques articles, tous en provenance de la même équipe. Outil conçu dans un contexte géopolitique autre que nord-américain, européen ou australien.
Childhood Experiences of Care and Abuse questionnaire (CECA) (Bifulco *et al.*, 2005) Étude de validation (Smith *et al.*, 2002)	Outil propose une mesure rétrospective de l'expérience passée des parents.
Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) (Bernstein et coll., 1994, 2003)	Outil basé sur une mesure rétrospective de l'expérience passée des parents de l'enfant.
Child neglect questionnaire (Stewart *et al.*, 2006)	Peu de documentation disponible : cité dans un seul article.
Community norms of child neglect scale (Goodvin *et al.*, 2007).	Peu de documentation disponible : cité dans un seul article. Outil peu pertinent pour l'intervention, qui vise à mesurer les perceptions de l'entourage.
Home Accident Prevention Inventory (HAPI) (Tertinger *et al.*, 1984)	Trop restrictif. Mesure une seule dimension de l'environnement proximal de la famille : la sécurité physique
Scale for home visiting nurses to identify risks of physical abuse and neglect (Grietens *et al.*, 2004)	Outil non validé. Peu de documentation disponible : cité dans un seul article, sans aucune spécification sur l'outil. Conçu pour les besoins spécifiques des infirmières. Pourrait être intéressant pour le programme SIPPE.
Q sort (Pederson, Moran *et al.*, 1999) Q set (Waters, 1987)	Exigent une trop grande spécialisation.
Washington State Risk Assessment Matrix (WARM) (Palmer, 1988)	Mesure le risque de récidive.

Références

Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., et Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, *151,* p. 1132-1136.

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., … Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood. *Trauma Questionnaire Child Abuse & Neglect, 27*, p. 169-190.

Bifulco, A., Brown, G. W., et Harris, T. O. (2005). Childhood Experience of Care and Abuse (CECA) : A Retrospective Interview Measure. *Journal of Child Psychology and Psychiat*ry, *35*(8), p. 1419-1435.

Evren, C., Kural, S., et Erkiran, M. (2006). Antisocial Personality Disorder in Turkish Substance Dependent Patients and its Relationship with Anxiety, Depression and a History of Childhood Abuse. *Journal of Youth and Adolescence, 35*(4), p. 617-630.

Fraser, J. A., Mathews, B., Walsh, K., Chen, L., et Dunne, M. (2010). Factors influencing child abuse and neglect recognition and reporting by nurses : A multivariate analysis. *International Journal of Nursing Studies*, *47*(2), p. 146–153.

Goodvin, R., Johnson, D. R., Hardy, S.A., Graef, M. I., et Chambers, J. M. (2007). Development and Confirmatory Factor Analysis of the Community Norms of Child Neglect Scale. *Child Maltreat*, *12*, p. 68-85.

Grietens, H., Geeraert, L., et Hellinckx, W. (2004). A scale for homevisitingnurses to identifyrisks of physicalabuse and neglect among mothers with newborn infants. *Child Abuse & Neglect*, *28*(3), p. 321-337.

Knutson, J. F., DeGarmo, S., Koeppl, G., et Reid, J. B. (2005). Care neglect, supervisory neglect, and harsh parenting in the development of children's aggression: A replication and extension. *Child Maltreatment*, *10*(2), p. 92-107.

Palmer, M. (1988). *Risk assessment in childprotective services risk assessment models : A comparative analysis.* Portland, ME : National Child Welfare Resource Center for Management and Administration, University of Southern Maine.

Pederson, D. R., Moran, G., et Bento, S. (1999). Maternal Behaviour Q-sort Manual Version 3.1. Téléchargé le 14 août 2011 à http ://www.psychology.sunysb.edu/attachment/ measures/content/pederson_qset.html

Schatz, J. L., Smith, L. E., Borkowski, J. G., Whitman, T. L., et Keogh, D. A. (2008). Maltreatment risk, self-regulation, and maladjustment in at-risk children. *Child Abuse & Neglect*, *32*(10), p. 972-982.

Smith, N., Lam, D., Bifulco, A., et Checkley, S. (2002). Validation of a screening instrument for childhood adversity in clinical populations. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37*(12), p. 572-579.

Stewart, C., Mezzich, A. C., et Day, B.-S. (2006). Parental Psychopathology and Paternal Child Neglect in Late Childhood. *Journal of Child and Family Studies*, *15*(5), p. 543-554.

Tertinger, D. A., Greene, B. F., et Lutzker, J. R. (1984). Home safety : development and validation of one component of an ecobehavioral treatment program for abused and neglected children. *Journal of Applied Behavior Analysis, 17*(2), p. 159–174.

Waters, E. (1987). Attachment Q-set (Version 3). Téléchargé le 4 août 2011 à http ://www.johnbowlby.c

Watson-Perzel, M., Lutzker, J. R., Greene, B. F., et McGimpsey, B. J. (1988). Assessment and modification of Home among families adjudicated for child neglect. *Behavior Moification*, *12*, p. 57-81.

ANNEXE 3

Grilles d'analyse des outils axés sur la négligence

1. CHILDHOOD LEVEL OF LIVING SCALE (Polansky, Chalmers, Buttenweiser, & Williams, 1981)

DIMENSIONS DESCRIPTIVES		
CARACTERISTIQUES DE L'OUTIL		
TITRE DE L'OUTIL	**Childhood Level of Living Scale** (Polansky, Chalmers, Buttenweiser, & Williams, 1981)	
TYPE D'OUTIL	Outil de dépistage	
FORMAT DE L'INSTRUMENT ET DU MATERIEL DE PASSATION	☒ grille d'observation ☐ entrevue ☒ questionnaire ☐ autre précisez) :__________	
DESCRIPTION DE L'OUTIL	But de l'outil	The *Childhood Level of Living Scale* (CLL) a été développé pour mesurer les éléments essentiels de protection de l'enfance et la négligence. Il est destiné à repérer l'enfant négligent et n'évalue pas l'abus physique ou sexuel.
	Nombre d'items	– Outil contenant 99 items. – Les items sont des énoncés distincts et spécifiques qui décrivent un comportement parental ou des conditions de vie qui concernent l'enfant et qui doivent être répondus par OUI ou par NON de la part de l'intervenant impliqué dans le dossier.
	Sphères visées par l'outil	Le nombre d'items se répartit de façon variable selon neuf dimensions; cinq dimensions décrivent des soins physiques (total de 47 items) et quatre des soins émotifs ou psychologiques (total de 52 items). **Soins physiques** – General positive child care; – State of repair of house; – Negligence; – Quality of household maintenance; – Quality of health care and grooming. **Soins émotifs ou psychologiques** – Encouraging competence; – Inconsistency of discipline and coldness; – Encouraging superego development; – Material giving.
CLIENTELE / POPULATION VISEE	Le CLL a été conçu pour les parents d'enfants âgés de 4 à 7 ans, mais les auteurs pensent qu'il est aussi approprié pour une tranche d'âge plus large (Polansky *et al.*, 1981).	
PROCEDURE D'ADMINISTRATION	– L'évaluation est conduite par l'intervenant désigné ou par quelqu'un qui est familier avec la famille. – Le questionnaire n'est pas rempli dans les maisons des familles, ce qui aide à réduire les attitudes défensives du client ou l'appréhension liée au fait d'être ouvertement évalué.	
NATURE DES RESULTATS OBTENUS	– Dans le pointage, on donne un crédit quand on juge un article ou quand une condition négative est trouvée non vraie (les doubles négatifs) (ex. : pour l'article 1, un « oui » gagnerait un crédit, mais l'affirmation « oui » pour l'article 39 rapporterait un 0). – Un point par item (score maximum = 99) : Plus le score est haut, plus on considère que les soins sont adéquats et plus le score est bas, plus la situation laisse présager la présence de négligence. – Un score de 88 et plus est désigné comme « bon », tandis qu'un score entre 77 et 87 représente un « souci de l'enfant jugé acceptable ». Un score entre 63 à 76 est dit	

	« marginal », entre 48 à 62 « négligent » et les familles dont le score est de 47 ou moins sont désignées « sévèrement négligentes ». – Des scores séparés peuvent être calculés pour le soin physique, le soin émotionnel/cognitif et neuf autres sous-échelles.

INFORMATIONS PRATIQUES		
LANGUE	☐ français ☒ anglais ☐ adaptation-contexte québécois ☐ autre (précisez) :	
DUREE	Passation	ND
	Correction	ND
	Interprétation	ND
QUALIFICATIONS DE BASE POUR UTILISATION DE L'OUTIL	ND	
EXIGENCES DE FORMATION SPECIFIQUE	ND	
EXIGENCES DE SUPERVISION	ND	
MANUEL D'ACCOMPAGNEMENT	ND	
CONVIVIALITE **FACILITE D'UTILISATION**	ND	
COUT DE L'OUTIL	ND	
SE PROCURER L'OUTIL	ND	

NOTORIETE	
NOTORIETE DE L'OUTIL	Cet outil est très connu aux États-Unis dans le champ de la négligence et a fait l'objet de quelques études de validité dans les années 1980. Par contre, aucune étude récente ne semble avoir été publiée sur cet outil qui, par ailleurs, demeure peu connu au Québec (où il n'a pas fait l'objet d'une traduction ou d'une étude de validation).
Nombre de fois mentionné dans les grilles de consultation[20] : ☐ CJ ___0____ ☐ CSSS ___0____ Répertorié par ☐ ACJQ ☐ Autre instance :__________________________________	

APPRECIATION DE LA QUALITE		
DIMENSIONS METHODOLOGIQUES ET PROPRIETES PSYCHOMETRIQUES	Mode de validation	– Validation empirique (États-Unis). – Aucune validation en contexte québécois.
	Propriétés psychométriques et démarches de validation	**POLANSKY, N., CABRAL, R. J., MAGURA, S., ET PHILLIPS, M. H. (1983) :** – Les auteurs présentent les résultats d'une étude de validation du CLL menée de façon distincte dans quatre villes américaines auprès de familles à faibles revenus et dites « à risque ». – Conclusions et résultats : Quand chaque distribution sur le CLL est comparée avec les bases de l'échantillon, le CLL fournit une mesure valable des soins de l'enfant […] l'échelle a montré une évidence de précision suffisante pour mesurer des changements

[20] La « grille de consultation » réfère à la grille remplie par les informateurs des CJ et CSSS interrogés (*N* = 60) lors de la consultation sur les besoins en matière d'outils cliniques en négligence. Dans cette grille, les répondants devaient énumérer les outils que le personnel clinique de leur établissement utilise en dépistage ou en évaluation des situations de négligence.

		moyens résultant du traitement social des problèmes des familles; la disponibilité des sous-échelles a aussi permis de montrer des effets différentiels. **CABRAL, R. J., ET STRANG., M. (1984) :** – Dans cette étude, les auteurs se sont penchés sur la validité de trois outils d'évaluation du bien-être des enfants qui utilisent la méthode de l'observation comportementale (method of behavioral observation), soit le *Family Assessment Checklist*, *Childhood Level of Living Scale*, *Maternal Characteristics Scale*. L'étude a été réalisée auprès de 157 familles admises dans un programme d'aide à domicile qui vise à écourter ou à prévenir le placement en famille d'accueil d'enfants provenant de familles multiproblématiques. – Conclusions et résultats : les résultats indiquent que les trois outils sont des mesures prometteuses pour évaluer les familles suivies par les services sociaux; les trois mesures démontrent une validité adéquate lorsqu'elles sont comparées les unes aux autres. **POLANSKY, N., AMMONS, P. W., ET WEATHERSBY, B. L. (1983) :** Dans cet article, les auteurs se sont intéressés à **la validité culturelle du CLL** : – Les auteurs ont voulu savoir si une échelle comme le CLL, utilisée pour détecter la négligence d'enfant, contient un biais culturel en ce qui a trait aux moyens établis pour juger de ce que constitue une protection de l'enfance adéquate. – Conclusions et résultats : L'étude porte sur deux groupes de mères qui varient en termes d'appartenance ethnique, de milieu de vie et de statut socio-économique. Les résultats montrent que les valeurs exprimées par le CLL en ce qui a trait aux soins de l'enfant sont appuyées par les deux groupes de mères interviewés.
FORCES	– Le CLL peut être adapté à un vaste éventail d'agences de services sociaux et de programmes d'interventions (Cabral & Strang, 1984). – Outil économique en termes de personnel et d'investissement de temps (Cabral & Strang, 1984). – Outil qui peut être complété par l'intervenant assigné, lequel peut compléter l'outil en se basant sur ses observations établies au cours de ses visites et rencontres de routine (Cabral & Strang, 1984). – Les intervenants soutiennent que la mesure aide à élargir la portée de leurs observations et aiguise leur attention sur les forces et problèmes spécifiques de la famille concernée (Cabral & Strang, 1984). – Les informations d'évaluation permettent l'identification de foyers spécifiques pour le changement, la définition d'objectifs raisonnables et l'utilisation des forces et des ressources existantes au sein de la famille, lesquelles peuvent être exploitées pour l'amélioration et le changement (Cabral & Strang, 1984). – Les normes pour établir les niveaux de négligence (« neglectful », « severely neglectful », « marginally adequate », « adequate », and « excellent levels of care ») ont été empiriquement établies (Gershater-Molko *et al.,* 2003). – Cette échelle est utile pour mesurer les changements concernant la qualité des soins donnés au fil du temps (Gershater-Molko *et al.,* 2003).	

LIMITES	– Cet outil a été développé il y plus d'une génération aux USA et doit faire l'objet d'une mise à jour (par exemple, il n'est plus acceptable de prétendre que l'utilisation ou non de prières prononcées à l'heure des repas ou avant la nuit sont des indicateurs de négligence). Ainsi, le contenu de certains items est fortement critiqué (Gaudin *et al.*, 1992). – Tous les articles sont pondérés (lestés) également, ce qui constitue une limitation potentielle dans l'échelle : par exemple, les scores individuels ne sont pas pondérés : si une mère n'utilise pas un thermomètre (item 15), permet à son enfant de 5 ans de dormir avec ses parents (item 27) ou si la famille n'a pas de caméra (item 62), le parent perdra un point pour chacun de ces items. Par contre, si on reconnaît au parent le crédit d'être à l'écoute des besoins émotionnels indirects de son enfant, on lui alloue également seulement un point (Polansky *et al.*, 1983). – Concernant CLL, Trocmé (1996) observe ce qui suit : « Dans le CLL, les auteurs ont essayé d'inclure seulement les items qui sont directement observables comme » l'enfant est-il amené à des événements sportifs ». Néanmoins, quelques articles, comme par exemple « le bon jugement concernant le fait de laisser l'enfant seul » exige des jugements subjectifs. De plus, le choix d'items approprié est fortement dépendant du contexte et de standards individuels. – Absence d'articles ou de références récentes pour cet outil : son utilisation actuelle est questionnable.

REFERENCES

CABRAL, R. J., ET STRANG, M. (1984). Measuring Child Care. *Journal of Social Service Research*, *7*(2), p. 65-77.

GAUDIN, J. M., POLANSKY, N. A., ET KILPATRICK, A. C. (1992). The Child Well-Being Scale : A Field Trial. *Child Welfare, 71*, p. 319-328.

GERSHATER-MOLKO, R. M., LUTZKER, J. R., ET SHERMAN, J. A. (2003). Assessing child neglect. *Aggression and Violent Behaviour*, *8*, p. 563-585.

POLANSKY, N. A., CHALMERS, M. A., BUTTENWEISER, E., ET WILLIAMS, D. (1978). Assessing adequacy of child caring : an urban scale. *Child Welfare, 57*(7), p. 439-449 (article non accessible en version électronique).

POLANSKY, N., CABRAL, R. J., MAGURA, S., ET PHILLIPS, M. H. (1983). Comparative Norms for the Childhood level of Living Scale. *Journal of Social Service Research*, *6*(3-4), p. 45-55.

POLANSKY, N., AMMONS, P. W., ET WEATHERSBY, B. L. (1983). Is there an American Standard of Child Care. *Social Work*, p. 341-346.

STOWMAN, S. A., ET DONOHUE, B. (2005). Assessing child neglect : A review of standardized measures. *Aggression and Violent Behavior*, *10*, p. 491-512.

TROCMÉ, N. (1996). Development and preliminary evaluation of the Ontario Child Neglect Index. *Child Maltreatment, 1*(2), p. 145-155.

AUTRES REFERENCES PERTINENTES

SRIVASTAVA, O. P., STEWART, J., FOUNTAIN, R., ET AYRE, P. (2005). Common Operational Approach Using the "Graded Care Profil" in Cases of Neglect. Dans J. TAYLOR ET B. DANIEL (dir.), *Child Neglect : practice issues for health and social care,* p. 313-146.

2. INDEX DE NEGLIGENCE – CHILD NEGLECT INDEX (Trocmé, 1996)

<table>
<tr><th colspan="3">DIMENSIONS DESCRIPTIVES</th></tr>
<tr><th colspan="3">CARACTERISTIQUES DE L'OUTIL</th></tr>
<tr><td>TITRE DE L'OUTIL</td><td colspan="2">Child Neglect Index (Trocmé, 1996)
Index de négligence (version française) (Brousseau, 1999, 2000)</td></tr>
<tr><td>TYPE D'OUTIL</td><td colspan="2">Outil d'aide à l'évaluation</td></tr>
<tr><td>FORMAT DE L'INSTRUMENT ET DU MATERIEL DE PASSATION</td><td colspan="2">☒ grille d'observation ☐ entrevue ☐ questionnaire ☐ autre (précisez) : ___________</td></tr>
<tr><td rowspan="3">DESCRIPTION DE L'OUTIL</td><td>But de l'outil</td><td>– Évaluer la nature et la sévérité de la négligence (et non pas la présence ou l'absence de négligence).
– Permet de pondérer la gravité de la négligence selon l'âge de l'enfant (0-2 ans, 3-5 ans, 6-12 ans, 13 ans et plus).</td></tr>
<tr><td>Nombre d'items</td><td>27 items</td></tr>
<tr><td>Sphères visées par l'outil</td><td>6 échelles qui mesurent 6 formes de négligence :
– Supervision, nourriture;
– Alimentation;
– Habillement / hygiène;
– Soins de santé physique;
– Soins de santé mentale;
– Soins éducatifs et développementaux.</td></tr>
<tr><td>CLIENTELE / POPULATION VISEE</td><td colspan="2">Cet outil s'adresse aux jeunes âgés de 0 à 18 ans.</td></tr>
<tr><td>PROCEDURE D'ADMINISTRATION</td><td colspan="2">– L'intervenant complète la grille (les consignes sont présentées brièvement dans la grille).</td></tr>
<tr><td>NATURE DES RESULTATS OBTENUS</td><td colspan="2">– L'Index de négligence permet de quantifier la sévérité de chaque dimension de négligence sur une échelle pondérée de 4 ou 5 niveaux auxquels correspondent des repères afin de guider l'intervenant dans son appréciation de la négligence.
– Une pondération supplémentaire permet de juger de la sévérité d'une même manifestation sur une échelle de 20; 20 pour un enfant de 0-2 ans, 15 pour les 3-5 ans, 5 pour les 6-12 ans et 0 pour un jeune de 13 ans et plus (Brousseau et al., 2009). Plus un enfant est jeune, plus on jugera qu'une manifestation est sévère. On tient compte de la vulnérabilité de l'enfant.
– L'outil indique une gravité de la négligence qui est déterminée par la manifestation qui reçoit la cote la plus sévère, plutôt que de reposer sur une addition ou une moyenne des différentes dimensions, ce qui pourrait cacher des manifestations plus sévères ou des soins plutôt adéquats. Aussi, une seule manifestation sévère suffit pour qualifier la sévérité de la négligence. Plus la cote est élevée, sur une échelle de 0 à 80, plus la négligence est sévère (Brousseau et al., 2009).</td></tr>
<tr><th colspan="3">INFORMATIONS PRATIQUES</th></tr>
<tr><td>LANGUE</td><td colspan="2">☒ français ☒ anglais ☒ adaptation - contexte québécois ☐ autre (précisez) :</td></tr>
<tr><td rowspan="3">DUREE</td><td>Passation</td><td>5 minutes, une fois la grille intégrée.</td></tr>
<tr><td>Correction</td><td>5 minutes</td></tr>
<tr><td>Interprétation</td><td>5 minutes</td></tr>
</table>

QUALIFICATIONS DE BASE POUR UTILISATION DE L'OUTIL	ND
EXIGENCES DE FORMATION SPECIFIQUE	– Une demie à une journée (selon le répertoire des outils cliniques de l'ACJQ, version 2001). – Aucune formation nécessaire selon Trocmé et Brousseau (collaborateurs).
EXIGENCES DE SUPERVISION	Aucune
MANUEL D'ACCOMPAGNEMENT	Manuel d'accompagnement : ☒ Oui ☐ Non Langues : ☒ français ☒ anglais
CONVIVIALITE **FACILITE D'UTILISATION**	– Outil accessible, gratuit et simple à utiliser. – Utile pour la pratique. – Ne demande pas de formation, seulement une connaissance préalable de l'outil. – Ne demande pas trop de temps pour remplir et interpréter.
COUT DE L'OUTIL	Aucun coût
SE PROCURER L'OUTIL	ND

NOTORIETE	
NOTORIETE DE L'OUTIL	Le *Child Neglect Index* est surtout connu et utilisé en contexte ontarien. Par contre, la version française (en contexte québécois) a été validée par Brousseau (1999, 2000).
Nombre de fois mentionné dans les grilles de consultation[21] : ☒ CJ ___1___ ☐ CSSS ___0____ Répertorié par ☒ ACJQ (répertoire 2001) ☐ Autre instance ________________________	

APPRECIATION DE LA QUALITE		
DIMENSIONS METHODOLOGIQUES ET PROPRIETES PYCHOMETRIQUES	Mode de validation	Standardisation empirique.
	Propriétés psychométriques et démarches de validation	**TROCMÉ (1996) :** – La fiabilité (premier test/deuxième test) : l'auteur rapporte une validité de construit, concurrente et prédictive; l'instrument possède une fidélité test-retest satisfaisante à deux semaines d'intervalle et une fidélité inter juges. – Validité convergente : Trocmé examine la validité convergente en comparant les scores du *Child Neglect Index* (CNI), à la classification de maltraitance du *National Incidence Study* (NIS) et aux scores des échelles de l'ICBE. Les scores du CNI étaient significativement reliés à la classification du NIS ainsi qu'à l'ICBE. – **Validité prédictive** : Les scores du CNI étaient davantage reliés aux cas d'enfants dont le dossier à la protection de l'enfance était toujours ouvert (décision de poursuivre le suivi) qu'à ceux déjà fermés. – Le temps d'administration du CNI est plus court que l'ICBE, mais l'auteur note que la brièveté de l'outil fait en sorte qu'il ne peut être aussi complet que l'ICBE.

[21] La « grille de consultation » réfère à la grille remplie par les informateurs des CJ et CSSS interrogés (*N* = 60) lors de la consultation sur les besoins en matière d'outils cliniques en négligence. Dans cette grille, les répondants devaient énumérer les outils que le personnel clinique de leur établissement utilise en dépistage ou en évaluation des situations de négligence.

		– **Validation de la version française** : **BROUSSEAU *et al.* (2009)** ont effectué une validation de l'instrument en français (Québec) avec une population d'enfants de 0-18 ans connus pour négligence selon la LPJ.
FORCES	– Facile et rapide à utiliser. – Formation courte. – Permet de cerner la nature et la sévérité de la négligence selon l'âge de l'enfant. – Utile en CJ à l'étape RTS et pour évaluer les résultats. – L'outil sert à structurer l'évaluation (mais ne sert pas au dépistage). – Selon l'auteur, l'outil pourrait être utilisé en CSSS auprès des familles déjà ciblées pour négligence.	
LIMITES	– L'outil ne sert pas à dépister la négligence. Il sert plutôt à catégoriser les types de négligence ainsi que la sévérité de cette dernière (collaboration de Trocmé). – Limité à la négligence : d'autres mesures doivent être utilisées pour cerner les forces et faiblesses des parents. – Instrument limité cliniquement parce que moins complet que l'ICBE et parce qu'il doit être utilisé par des professionnels qui ont l'habitude de repérer des situations problématiques (Slack *et al.*, 2003). – Certains auteurs croient que cet instrument n'est pas conçu pour des familles non identifiées par les services de protection de la jeunesse (Slack *et al.*, 2003; Stowman & Donohue, 2005).	

REFERENCES

BROUSSEAU, M. (1999). *La perception du fonctionnement familial de parents négligents et non négligents et les facteurs familiaux, parentaux et environnementaux associés*. Thèse présentée à la faculté des études supérieures de l'Université Laval, Québec : École de service social, Université Laval.

BROUSSEAU, M. (2000). *La perception du fonctionnement familial de parents négligents et non négligents et les facteurs familiaux, parentaux et environnementaux associés.* Québec : Laboratoire de recherche, Série : résultats de recherche, Faculté des sciences sociales, École de service social, Université Laval.

BROUSSEAU, M., BEAUDRY, M., SIMARD, M., ET CHARBONNEAU, C. (2009). Le « Projet famille » en contexte de négligence : Développement et expérimentation d'une intervention familiale. Québec : Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire.

SLACK, K., HOLL, J., ALTENBERND, L., MCDANIEL, M., ET STEVENS, A. B. (2003). Improving the Measurement of Child Neglect for Survey Research : Issues and Recommendations. *Child Maltreatment, 8*(2), p. 98-111.

STOWMAN, S.A., ET DONOHUE, B. (2005). Assessing child neglect : A review of standardized measures. *Aggression and Violent Behavior*, *10*, p. 491-512.

TROCMÉ, N. (1996). Development and preliminary evaluation of the Ontario Child Neglect Index. *Child Maltreatment, 1*(2), p. 145-155.

AUTRES REFERENCES PERTINENTES

KAUFMAN KANTOR, G., HOLT, M. K., MEBERT, C. J., STRAUS, M. A., DRACH, K. M, RICCI, L. R., MACALLUM, C. A., ET BROWN, W. (2004). Development and Preliminary Psychometric Properties of the Multidimensional Neglectful Behavior Scale-Child Report. *Child Maltreatment*, *9*(5), p. 409-428.

LOUNDS, J. J., BORKOWSKI, J. G., ET WHITMAN, T. L. (2004). Reliability and Validity of the Mother-Child Neglect Scale. *Child Maltreatment*, *9*(4), p. 371-381.

SHOOK, S. K., HOLL, J., ALTENBERND, L., MCDANIEL, M., ET STEVENS, A. B. (2003). Improving the Measurement of Child Neglect for Survey Research : Issues and Recommendations. *Child Maltreatment*, *8*(2), p. 98-111.

COLLABORATION

Certaines informations présentes dans cette fiche sont issues d'un échange téléphonique avec M. Trocmé.

3. MOTHER-CHILD NEGLECT SCALE (MCNS) (Lounds, Borkowsky, & Whitman, 2004)

DIMENSIONS DESCRIPTIVES		
CARACTERISTIQUES DE L'OUTIL		
TITRE DE L'OUTIL	**Mother-Child Neglect Scale (MCNS),** (Lounds, Borkowsi, &Whitman, 2004)	
TYPE D'OUTIL	Outil de dépistage et d'évaluation. L'outil est surtout utilisé en recherche, ses possibilités d'application clinique n'étant pas encore vérifiées.	
FORMAT DE L'INSTRUMENT ET DU MATERIEL DE PASSATION	☐ grille d'observation ☒ entrevue ☒ questionnaire ☐ autre (précisez) : ___________	
DESCRIPTION DE L'OUTIL	But de l'outil	Mesure auto rapportée de comportements négligents chez les mères. L'outil n'est pas conçu pour mesurer la négligence comme telle, *i.e.* pour catégoriser les mères comme négligentes ou pas. Il est conçu à des fins de recherche pour identifier le potentiel de négligence, *i.e.*, selon la définition des concepteurs, les comportements négligents en amont du système de protection (qui ne sont pas rapportés aux agences de protections, parce que moins sévères, moins visibles ou ne correspondant pas à la définition légale).
	Nombre d'items	Les énoncés des items du MCNS sont inspirés du « neglect scale » (première version du « Multidimensional Neglectful Behavior Scales – adolescent and adult report). La centration n'est cependant pas la même : le Mother-Child Neglect Scale est axé sur la perception qu'ont les mères de leurs propres comportements négligents envers leurs enfants alors que le Neglect Scale mesure rétrospectivement les expériences de négligence vécues par la mère dans son enfance. Quelques modifications ont donc été apportées pour mieux refléter cette centration. De plus, 17 items sur 20 ont été reformulés de façon positive. L'outil comporte 20 items portant sur des comportements parentaux spécifiques sur lesquels le répondant doit se prononcer en utilisant une échelle de Likert en 4 points allant de « fortement en accord » à « fortement en désaccord ». Une version courte existe aussi (huit items). Elle possède les mêmes caractéristiques métrologiques que la version longue.
	Sphères visées par l'outil	Quatre dimensions de la négligence sont évaluées (chaque dimension comporte cinq items) : – La négligence émotionnelle; – La négligence cognitive; – La supervision; – La négligence physique.
CLIENTELE / POPULATION VISEE	L'outil a été validé auprès de mères adolescentes vivant en situation de pauvreté alors que les enfants avaient huit ans. Les documents de référence ne précisent pas de normes quant à l'âge des enfants.	
PROCEDURE D'ADMINISTRATION	La mère complète l'instrument.	
NATURE DES RESULTATS OBTENUS	Les scores obtenus au MCNS se situent entre 20 à 80 : plus le score est élevé, plus important est le potentiel de négligence.de la mère. Lounds *et al.* (2004, 2006) recommande d'utiliser le score global plutôt que les scores spécifiques aux quatre échelles.	

INFORMATIONS PRATIQUES		
LANGUE	☐ français ☒ anglais ☐ adaptation - contexte québécois ☐ autre (précisez) :	
DUREE	Passation	Aucune précision
	Correction	Aucune précision
	Interprétation	Aucune précision
QUALIFICATIONS DE BASE POUR UTILISATION DE L'OUTIL	Aucune précision	
EXIGENCES DE FORMATION SPECIFIQUE	Aucune précision	
EXIGENCES DE SUPERVISION	Aucune précision	
MANUEL D'ACCOMPAGNEMENT	Manuel d'accompagnement : ☐ Oui ☒ Non Langues : ☐ français ☐ anglais	
CONVIVIALITE FACILITE D'UTILISATION	Selon les concepteurs, l'outil est très convivial, facile d'utilisation et peu exigeant en ce qui concerne la durée de passation. Les auteurs mettent en garde contre l'utilisation de l'outil en milieu clinique jusqu'à ce que des recherches supplémentaires puissent être menées (Lounds *et al.*, 2004).	
COUT DE L'OUTIL	Aucune précision	
SE PROCURER L'OUTIL	L'outil est annexé dans Lounds *et al.,* 2004.	

NOTORIETE	
NOTORIETE DE L'OUTIL	Outil peu connu. Relativement peu d'informations et de références bibliographiques sur cet outil.
Nombre de fois mentionné dans les grilles de consultation[22] : ☐ CJ ___0___ ☐ CSSS ___0___ Répertorié par ☐ ACJQ ☐ Autre instance :______________________________	

APPRECIATION DE LA QUALITE		
DIMENSIONS METHODOLOGIQUES ET PROPRIETES PSYCHOMETRIQUES	Mode de validation	Validation empirique dans sa version originale.
	Propriétés psychométriques et démarches de validation	Les propriétés psychométriques de l'outil ont été établies dans le contexte d'une étude longitudinale qui a suivi 177 mères adolescentes vivant en contexte de pauvreté, de leur grossesse jusqu'à la quatorzième année de leur enfant. L'étude de validation porte sur 100 de ces mères. Celles-ci ont complété le MCNS et le NS au moyen d'entrevues téléphoniques, à deux occasions (à deux ou trois semaines d'intervalle) en se référant à la situation de l'enfant alors qu'il avait 8 ans. Afin d'évaluer la validité concomitante de l'outil, les auteurs ont également mesuré la qualité des interactions avec la mère ainsi que le potentiel d'abus (tel que mesuré par le CAPI) envers l'enfant alors qu'il avait entre 3 et 5 ans. L'outil présente un degré élevé de cohérence interne et un degré moyen de fidélité test-retest. L'observation d'une association

[22] La « grille de consultation » réfère à la grille remplie par les informateurs des CJ et CSSS interrogés (*N* = 60) lors de la consultation sur les besoins en matière d'outils cliniques en négligence. Dans cette grille, les répondants devaient énumérer les outils que le personnel clinique de leur établissement utilise en dépistage ou en évaluation des situations de négligence.

		significative entre le score global obtenu au MCNS et les trois autres mesures (NS, CAPI et qualité des interactions maternelles) soutient la validité concomitante de l'outil, indiquant qu'il mesure les mêmes concepts. L'étude montre 1) que les enfants des mères qui obtenaient des scores élevés au MCNS (potentiel de négligence à 8 ans) présentaient plus de problèmes d'externalisation et d'adaptation et 2) que le potentiel de négligence de l'enfant de 8 ans avait un effet médiateur sur l'association entre le potentiel d'abus de l'enfant de 3 ans, la qualité des conduites parentales et les comportements externalisés des enfants à 8 ans. Selon les concepteurs, bien que le MCNS ne mesure pas la présence ou l'absence de négligence comme telles, ces analyses montrent qu'il est corrélé à des facteurs réputés associés à la négligence comme une histoire de négligence dans le passé de la mère, la sensibilité maternelle et le potentiel d'abus de l'enfant tel que mesuré par le CAPI (Child abuse potential inventory) (Milner, 1986). Ces résultats suggèrent que le MCNS mesure à tout le moins des conduites parentales rigides, insensibles ou problématiques. Les auteurs mettent en garde contre l'utilisation de l'outil en milieu clinique jusqu'à ce que des recherches supplémentaires puissent être menées (Lounds *et al.,* 2004). Cependant aucune autre étude de validation n'a pu être repérée dans la littérature scientifique et clinique.
FORCES	– L'outil tient compte du caractère multidimensionnel de la négligence : il prend en compte les diverses facettes de la négligence (la négligence émotionnelle; la négligence physique; la négligence cognitive; la négligence de supervision) (Crooks & Wolfe, 2007). – L'outil est très convivial, facile d'utilisation et peu exigeant en ce qui concerne la durée de passation. – L'outil inclut des items reflétant un large spectre de conduites parentales. Selon les concepteurs, l'utilisation de cet outil pour mesurer la négligence soutient la notion d'un continuum de qualité des conduites parentales qu'ils jugent mieux adaptée à l'évaluation des expériences concrètes des enfants qui sont négligés. L'outil permet en particulier d'identifier les formes moins sévères de négligence. Les concepteurs estiment que l'outil pourrait avoir du potentiel comme outil de dépistage des parents à haut risque de négligence, mais que d'autres études de validation seront nécessaires afin de pouvoir vérifier cette hypothèse (Schatz & Lound, 2007; Lounds *et al.*, 2006).	
LIMITES	– Les auteurs mettent en garde contre l'utilisation de l'outil en milieu clinique jusqu'à ce que d'autres études de validation puissent être menées. Ils estiment entre autres que 1) pour pouvoir établir si des scores élevés au MCNS reflètent réellement un niveau de négligence sévère, il faudra examiner les corrélations avec les données sur les signalements retenus dans les agences de protection et les données d'observation des conduites parentales lors de visites à domicile; et 2) des études auprès d'échantillons cliniques et de groupes de comparaison plus importants sont requises pour permettre non seulement de mieux se prononcer sur la validité externe de l'outil, mais également d'établir des seuils critiques de négligence (points de coupure), seuils à partir desquels une conduite parentale non optimale devient de la négligence (Lounds *et al.,* 2004, 2006). – L'outil est conçu pour utilisation auprès des mères seulement.	

	– L'outil ne tient pas compte du caractère multifactoriel de la négligence. Le MNBS réfère exclusivement aux comportements du parent (du *caregiver*) : il ne mesure pas des motivations, attitudes, facteurs de risque, causes ou aux autres conséquences pour l'enfant. Par conséquent toutes ces dimensions connexes doivent être mesurées séparément par d'autres instruments (http ://pubpages.unh.edu/~mas2/). – Il existe peu de documentation sur cet outil.

REFERENCES

CROOKS, C. V., ET WOLFE, D. A. (2007). Child Abuse and Neglect. Dans E. J. MASH ET R. A. BARKLEY (4e édition), *Assessment of childhood disorders.* Publisher : Guilford Publications Inc., p. 639-683.

LOUNDS, J. J., BORKOWSKI, J. G., ET WHITMAN, T. L. (2004). Reliability and Validity of the Mother-Child Neglect Scale. *Child Maltreatment*, *9*(4), p. 371-381.

LOUNDS, J. J., BORKOWSKI, J. G., ET WHITMAN, T. L. (2006). The Potential for Child Neglect : The Case of Adolescent Mothers and Their Children. *Child Maltreatment*, *11*, p. 281-294.

MILNER, J. S. (1986). *The child abuse potential inventory : Manual* (2e édition). Webster, NC : Psytec.

SCHATZ, J., ET LOUNDS, J. (2007). Child Maltreatment : Precursors of Developmental Delays. Dans J. G. BORKOWSKI (dir.), *Risk and resilience : adolescent mothers and their children grow up.* Mahwah, N.J. : Lawrence Erlbaum Associates, p. 125-149.

4. MULTIDIMENSIONAL NEGLECTFUL BEHAVIOR SCALE-PARENT REPORT (Kaufman Kantor, G., Holt, M., & Straus, M. A., 2004)

MULTIDIMENSIONAL NEGLECTFUL BEHAVIOR SCALE-CHILD REPORT (Kaufman Kantor, G., Holt, M., & Straus, M. A., 2004)

DIMENSIONS DESCRIPTIVES	
CARACTERISTIQUES DE L'OUTIL	
TITRE DE L'OUTIL	**The Multidimensional Neglectful Behavior Scale- parent report (MNBS-PA, PAS, PB, PBS)** (Kaufman Kantor, G., Holt, M., & Straus, M. A., 2004). **The Multidimensional Neglectful Behavior Scale - child report (MNBS-C6, C10)** (Kaufman Kantor, G., Holt, M., & Straus, M. A., 2004). Il existe huit versions de l'outil selon l'âge des enfants, la personne qui le complète et le nombre des items proposés : six d'entre elles sont présentées dans ce guide. Les huit versions sont les suivantes : – **MNBS- A** : **Adolescents and Adult-recall** : comprend des questionnaires administrés aux adolescents sur les comportements négligents de leurs parents et des questionnaires complétés par des adultes visant à obtenir des données rétrospectives sur les expériences de négligence vécues dans l'enfance (20 items, 3 minutes). – **MNBS AS** : **Adolescents and Adult-recall (version courte)** : 8 items, 1 minute. – **MNBS-CR :** Multidimensional Neglectful Behavior Scale- child report. Outil administré aux enfants. Mesure de la négligence à partir du point de vue de l'enfant sur les conduites de ses parents. Les items sont présentés aux enfants sous une forme picturale ou verbale au moyen d'un ordinateur. Victimisation auto rapportée. – **MNBS-C6** : Version pour enfants de 6 à 9 ans; – **MNBS-C10** : Version pour enfants de 10 à 15 ans. – **MNBS P :** Multidimensional Neglectful Behavior Scale- parent report. Outil administré aux parents d'enfants âgés de 0 à 15. Mesure auto rapportée de ses propres comportements négligents. – **MNBS-PA** : Version enfants 5-15 ans longue (50 items); **MNBS-PAS** : Idem version courte (15 items); – **MNBS-PB** : Version 0-4 ans et 11 mois longue (37 items); **MNBS-PBS** : Idem version courte (14 items).
TYPE D'OUTIL	Outil de dépistage et d'évaluation. Conçu pour tenir compte du caractère multidimensionnel de la négligence. Selon les concepteurs, il diffère des autres outils utilisés en maltraitance en ce qu'il inclut des items reflétant un large spectre (un gradient) de conduites parentales allant de conduites inadéquates, mais ne nécessitant pas l'intervention des services sociaux jusqu'à l'abandon parental. Mesure des <u>formes de négligence.</u> Types d'utilisation : 1) estimation de la prévalence des comportements négligents dans diverses populations; 2) le dépistage clinique; 3) l'évaluation de programmes; 4) le codage des dossiers.
FORMAT DE L'INSTRUMENT ET DU MATERIEL DE PASSATION	<u>MNBS-Parent report</u> ☐ grille d'observation ☐ entrevue ☒questionnaire ☐ autre (précisez) : ____ Le MNBS-Parent report peut être administré en face à face ou par téléphone. <u>MNBS-Child Report</u> ☐ grille d'observation ☒ entrevue ☐ questionnaire ☒ autre (précisez) : les items sont présentés sous forme picturale ou sous la forme de descriptions verbales au moyen d'entrevues assistées par ordinateur.

<table>
<tr><td rowspan="3">DESCRIPTION DE L'OUTIL</td><td>But de l'outil</td><td><u>MNBS-Parent report</u>
Mesure de la négligence à partir du point de vue du parent sur ses propres conduites négligentes. Mesure jusqu'à quel point les besoins des enfants dans quatre domaines sont négligés (voir sphères).
<u>MNBS-Child Report</u>
Mesure de la négligence à partir du point de vue de l'enfant sur les conduites de ses parents. Mesure jusqu'à quel point les besoins des enfants dans quatre domaines sont négligés.</td></tr>
<tr><td>Nombre d'items</td><td><u>MNBS-Parent report</u>
MNBS-PA : version enfants 5-15 ans longue (50 items)
MNBS-PAS : idem version courte (15 items)
MNBS-PB : version 0-4 ans et 11 mois longue (37 items)
MNBS-PBS : idem version courte (14 items)
<u>MNBS-Child Report</u>
Version 6-9 ans (MNBS-C6) : 45 items
Version 10-15 ans (MNBS-C10) : 45 items
Dans les deux cas, le participant doit coter chaque item selon son niveau d'accord avec l'énoncé :
1 = très fortement en désaccord
2 = en désaccord
3 = en accord
4 = fortement en accord</td></tr>
<tr><td>Sphères visées par l'outil</td><td>Selon les concepteurs, les deux outils sont axés sur une conceptualisation globale de la négligence.
Quatre dimensions de la négligence des besoins des enfants sont prises en compte :
– La négligence émotionnelle (affection, soutien, compagnonnage);
– La négligence physique (alimentation, hébergement, soins médicaux, etc.);
– La négligence cognitive (interactions ludiques, assistance dans les devoirs, etc.);
– La négligence de supervision (encadrement des comportements, des déplacements et des amis de l'enfant, etc.).
S'y ajoute dans le MNBS-Child Report 1) une échelle de représentations des conduites parentales négligentes comme telles (par opposition aux items précédents sur l'occurrence de certains comportements parentaux définissant la négligence); 2) une échelle d'exposition aux conflits et à la violence; 3) une échelle de consommation abusive d'alcool ; et 4) une échelle de dépression.</td></tr>
<tr><td>CLIENTELE / POPULATION VISEE</td><td colspan="2"><u>MNBS-Parent report</u>
Enfants 0-15 ans
Il existe des questionnaires différents selon les niveaux d'âge? (voir plus haut)
MNBS-PA : version enfants 5-15 ans longue (50 items)
MNBS-PAS : idem version courte (15 items)
MNBS-PB : version 0-4 ans et 11 mois longue (37 items)
MNBS-PBS : idem version courte (14 items)</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td></td><td colspan="2">MNBS-Child Report
– Concerne les 6-15 ans.
– Comporte deux questionnaires, l'un pour les 6-9 ans et l'autre pour les 10-15 ans.
Les deux outils sont conçus pour être utilisés dans plusieurs contextes : cliniciens, intervenants en protection, chercheurs et intervenants communautaires. Donc, possibilité d'utilisation dans les CSSS.</td></tr>
<tr><td>PROCEDURE D'ADMINISTRATION</td><td colspan="2">MNBS-Parent report : Le parent complète l'instrument.
MNBS-Child Report : L'enfant de 6 à 15 ans complète l'instrument.</td></tr>
<tr><td>NATURE DES RESULTATS OBTENUS</td><td colspan="2">Les résultats prennent la forme d'un score global déterminé par addition simple des cotes obtenues pour chaque item. Un score élevé indique un comportement parental qui pose un risque sérieux pour le développement des enfants. Il n'y a cependant pas de normes pour l'établissement d'un seuil critique. Les concepteurs précisent que l'outil est conçu à des fins de recherche, mais peut être utile pour le dépistage précoce dans des contextes cliniques. S'il est utilisé à des fins cliniques, il est précisé qu'un score élevé indique que la situation devrait faire l'objet d'une évaluation en profondeur qui, seule, permettra de l'apprécier la présence de négligence.</td></tr>
<tr><td colspan="3">INFORMATIONS PRATIQUES</td></tr>
<tr><td>LANGUE</td><td colspan="2">MNBS-Parent report
☒ français ☒ anglais ☒ adaptation - contexte québécois ☐ autre (précisez) :
Traduit en partie et adapté au contexte québécois aux fins de l'évaluation du programme AIDES (Chamberland et al., 2010) : 11 items ont été tirés de l'outil original (Kaufman Kantor, Holt, Mebert et al., 2004) pour mesurer l'étendue avec laquelle les besoins des enfants ont été négligés au cours des 12 derniers mois. La traduction n'est pas validée.
Cette version du MNBS est en cours de traduction à l'Institut de la statistique du Québec pour utilisation dans la prochaine enquête sur la violence familiale dans la vie des enfants du Québec.
MNBS-Child Report
☐ français ☒ anglais ☐ adaptation - contexte québécois ☐ autre (précisez) :</td></tr>
<tr><td rowspan="3">DUREE</td><td>Passation</td><td>MNBS-Parent report
Pas de spécification
MNBS-Child Report
Durée médiane pour l'ensemble du processus : 46 minutes pour la version 6-9 ans et 38 minutes pour la version 10-15 ans.</td></tr>
<tr><td>Correction</td><td>MNBS-Parent report
Idem</td></tr>
<tr><td>Interprétation</td><td>MNBS-Parent report
Idem</td></tr>
<tr><td>QUALIFICATIONS DE BASE POUR UTILISATION DE L'OUTIL</td><td colspan="2">Pas de spécification.</td></tr>
<tr><td>EXIGENCES DE FORMATION SPECIFIQUE</td><td colspan="2">Pas de spécification.</td></tr>
<tr><td>EXIGENCES DE SUPERVISION</td><td colspan="2">Pas de spécification.</td></tr>
<tr><td>MANUEL D'ACCOMPAGNEMENT</td><td colspan="2">Manuel d'accompagnement : ☐ Oui ☐ Non
Langues : ☐ français ☒ anglais</td></tr>
</table>

CONVIVIALITE **FACILITE D'UTILISATION**	Les concepteurs précisent que les deux outils sont brefs et faciles à administrer. Il est précisé que le MNBS-Parent report peut être utilisé dans des sondages épidémiologiques ou encore comme outil clinique de dépistage (site internet - Straus : http ://pubpages.unh.edu/~mas2).
COUT DE L'OUTIL	Pas de spécification.
SE PROCURER L'OUTIL	Disponible sur le site internet http ://pubpages.unh.edu/~mas2/ Il faut demander la permission aux auteurs. La permission sera accordée gratuitement aux personnes qui consentent à collecter et rapporter les données d'analyses psychométriques de base.

NOTORIETE	
NOTORIETE DE L'OUTIL	– Il existe peu d'informations publiées sur ces versions de l'outil. – Utilisé en partie par AIDES pour mesurer besoins physiques, émotionnels, en supervision et cognitifs des enfants. Aux fins de cette présente étude, 11 items ont été tirés de l'outil original (Kaufman Kantor, Holt, & Straus, 2004) pour mesurer l'étendue avec laquelle les besoins des enfants ont été négligés au cours des 12 derniers mois. – L'outil sera utilisé dans la prochaine étude de l'Institut de la statistique du Québec sur violence familiale dans la vie des enfants du Québec.
Nombre de fois mentionné dans les grilles de consultation [23] : ☒ CJ ___0___ ☐ CSSS ___0____ Répertorié par ☐ ACJQ (répertoire 2001) ☐ Autre instance _________________________	

APPRECIATION DE LA QUALITE		
DIMENSIONS METHODOLOGIQUES ET PROPRIETES PSYCHOMETRIQUES	Mode de validation	MNBS-Parent Report Validation par consensus d'experts. Cette version du MNBS n'a pas fait en soi l'objet d'études de validation MNBS-Child Report Validation empirique de la version originale auprès d'un échantillon clinique d'enfants âgés de 6 à 15 ans).
	Propriétés psychométriques et démarches de validation	MNBS-Parent report : NAP MNBS-Child Report Une étude de validation a été conduite auprès d'un échantillon clinique de 144 enfants âgés de 6 à 15 ans et un groupe de comparaison de 87 enfants (Kaufman Kantor, Holt, Mebert *et al.*, 2004). Les propriétés psychométriques de la version originale sont les suivantes : – Fiabilité élevée surtout pour le groupe des 10-15 ans de l'échantillon clinique (alpha = .94); – Fiabilité moyenne pour les 6-9 ans (alpha = .66).suggérant le besoin de réviser trois des quatre échelles; – Validité discriminante élevée. Les enfants de l'échantillon clinique obtiennent des scores significativement plus élevés (donc vivent plus de négligence) au MNBS-CR que les enfants du groupe de comparaison (enfants de la communauté);

[23] La « grille de consultation » réfère à la grille remplie par les informateurs des CJ et CSSS interrogés (*N* = 60) lors de la consultation sur les besoins en matière d'outils cliniques en négligence. Dans cette grille, les répondants devaient énumérer les outils que le personnel clinique de leur établissement utilise en dépistage ou en évaluation des situations de négligence.

		– Soutien à la validité de construit pour l'échantillon clinique. Les résultats obtenus à l'échelle de négligence de supervision chez les enfants plus âgés étaient significativement associés aux résultats obtenus au Child Behavior Check List (CBCL). Les résultats globaux obtenus au MNBS-CR scores étaient significativement associés aux troubles de conduite tels que rapportés par les cliniciens. Les résultats des études psychométriques suggèrent que le MNBS est un outil prometteur pour la détection et l'évaluation de la négligence, mais que des révisions doivent être apportées à trois des quatre échelles pour améliorer la probabilité de détection de la négligence chez les 6-9 ans. Les concepteurs estiment que d'autres études de validation auprès d'échantillons plus importants sont requises avant l'implantation clinique. Les derniers articles repérés sur la question datent de 2004. On ignore donc si d'autres études de validation ont été réalisées depuis.
Forces	Les deux outils – Les deux outils sont conçus plusieurs types d'utilisateurs : chercheurs, cliniciens, intervenants en protection, intervenants communautaires. – Ils prennent en compte les diverses facettes de la négligence (la négligence émotionnelle; la négligence physique; la négligence cognitive; la négligence de supervision). – Les deux outils distinguent les groupes d'âge. – Selon les concepteurs, ils diffèrent des autres outils utilisés en maltraitance en ce qu'ils incluent des items reflétant un large spectre (un gradient) de conduites parentales allant de conduites inadéquates (mais ne nécessitant pas l'intervention des services sociaux) jusqu'à l'abandon parental. MNBS-Child Report – Selon Kaufman Kantor, Holt, Mebert *et al.* (2004), le MNBS se démarque des autres instruments existants dans la littérature par : la préoccupation qu'il porte à la perspective de l'enfant. – Selon Crooks et Wolfe (2007), cet outil utilise la technologie informatique de façon innovatrice ce qui offre plusieurs avantages comparativement à la traditionnelle méthode « papiers-crayons » : les enfants peuvent visualiser les items, entendre une voix leur décrivant les items, ou lire les items. Les items peuvent donc plus facilement être adaptés à l'âge et au genre des enfants. L'outil peut être administré quel que soit le niveau de lecture des enfants. L'expérience est plus conviviale pour l'enfant qu'une entrevue en face à face avec un adulte.	
Limites	Les deux outils – Outils davantage basés sur les manques, les omissions que sur les forces. – Ne tiennent pas compte du caractère multifactoriel de la négligence Le MNBS réfère exclusivement aux comportements du parent (du *caregiver*) : il ne tient pas compte des motivations, attitudes, facteurs de risque, causes ou aux autres conséquences pour l'enfant. Par conséquent toutes ces dimensions connexes doivent être mesurées séparément par d'autres instruments (http ://pubpages.unh.edu/~mas2/). MNBS-Parent Report – Cette version du MNNBS n'a fait l'objet d'aucune étude de validation sous cette forme. Il n'y a aucune documentation publiée dans des revues arbitrées. L'essentiel des informations dont on dispose sur cet outil provient du site internet de l'équipe de recherche qui développe le MNBS.	

REFERENCES

CHAMBERLAND, C., LESSARD, D., LACHARITÉ, C., BOUCHARD, V., CLÉMENT, M.-É., FAFARD, G., *et al.* (2010). *Recherche évaluative de l'initiative AIDES : Rapport préliminaire d'évaluation 2.* Présenté à La Stratégie nationale de prévention du crime du gouvernement du Canada en collaboration avec le ministère de la Sécurité publique du Québec.

CROOKS, C. V., ET WOLFE, D. A. (2007). Child Abuse and Neglect. Dans E. J. MASH ET R. A. BARKLEY (4e édition*), Assessment of Childhood Disorders*. Publisher : Guilford Publications, Inc., p. 639-683.

KAUFMAN KANTOR, G., HOLT, M. K., ET STRAUS, M. A. (2004). *The Parent-Report Multidimensional Neglectful Behavior Scale.* Durham, NH : Family Research Laboratory.

KAUFMAN KANTOR, G., HOLT, M. K., MEBERT, C. J., STRAUS, M. A., DRACH, K. M., RICCI, L. R., MACALLUM, C. A., ET BROWN, W. (2004). Development and Preliminary Psychometric Properties of the Multidimensional Neglectful Behavior Scale-Child Report. *Child Maltreatment*, *9*(5), p. 409-428.

Site Internet : http ://pubpages.unh.edu/~mas2/

AUTRES RÉFÉRENCES PERTINENTES

HARRINGTON, D., ZURAVIN, S., DEPANFILIS, D., THING, L., ET DUBOWITZ, H. (2002). The Neglect Scale : Confirmatory Factor Analyses in a Low-Income Sample. *Child Maltreatment*, *7*(4), p. 359-368.

HOLT, M. K., STRAUS, M. A., ET KAUFMAN KANTOR, G. (2004, juillet). *A short form of the parent-report Multidimensional Neglectful Behavior Scale*. Paper presented at the Conference on Victimization Of children and youth : an intenational Research Conference. Porstmuth, NH.

STRAUSS, M. A. (2004). *Guide to the Multidimensional Neglectful Behavior Scale.* Durham, NH : Family Research Laboratory.

STRAUS, M. A. (2006). Cross-cultural reliability and validity of the Multidimensional Neglectful Behavior Scale Adult Recall Short Form. *Child Abuse and Neglect*, *30*, p. 1257-1279.

STRAUS, M. A., ET KAUFMAN KANTOR, G. (2005). Definition and Measurement of Neglectful Behavior : Some Principles and Guidelines. *Child Abuse and Neglect, 29*, p. 19-29.

STRAUSS M. A., ET SAVAGE, S. (2005). Neglectful behavior by Parents in the Life History of University Students in 17 Countries and its Relations to Violence Against Dating Partners. *Child Maltreatment*, *10*(2), p. 124-135

STRAUSS, M. A., KINARD, E. M., ET WILLIAMS, L. M. (1995). *The Multidimensional Neglect Scale, Form A : Adolescent and Adult-Recall Version*. Durham, NY : Family Research Laboratory, University of New Hampshire.

ANNEXE 4

Grilles d'analyse des outils multifactoriels

1. GRILLE DE DEPISTAGE DU RISQUE DE DISCONTINUITE ET D'INSTABILITE (ACJQ, 1997 ; Turcotte, 1991)

<table>
<tr><th colspan="3">DIMENSIONS DESCRIPTIVES</th></tr>
<tr><th colspan="3">CARACTERISTIQUES DE L'OUTIL</th></tr>
<tr><td>TITRE DE L'OUTIL</td><td colspan="2">Grille de dépistage du risque de discontinuité et d'instabilité
– L'outil est le produit de la mise en commun de deux grilles : la Grille de dépistage du risque d'abandon ou du délaissement (ACJQ, 1997) et la Grille de dépistage des enfants à risque d'abandon (Turcotte, 1991) auxquelles ont été apportées quelques modifications.
– L'outil est aussi connu sous le nom de « grille de dépistage du risque d'abandon ou de délaissement de l'enfant ».</td></tr>
<tr><td>TYPE D'OUTIL</td><td colspan="2">Outil de dépistage</td></tr>
<tr><td>FORMAT DE L'INSTRUMENT ET DU MATERIEL DE PASSATION</td><td colspan="2">☐ grille d'observation ☐ entrevue ☐ questionnaire ☒ autre (précisez) : grille d'indicateurs de risque</td></tr>
<tr><td rowspan="3">DESCRIPTION DE L'OUTIL</td><td>But de l'outil</td><td>Cet outil sert à dépister des situations à risque de dérive du « projet de vie » pour les enfants âgés entre 0 et 5 ans. Elle est conçue pour permettre de faire un rapide survol des principaux facteurs de risque d'abandon et de délaissement.</td></tr>
<tr><td>Nombre d'items</td><td>16 items pour les sections 4 à 6</td></tr>
<tr><td>Sphères visées par l'outil</td><td>L'outil prend en compte cinq dimensions principales :
1- L'historique du placement des enfants;
2- La situation familiale;
3- Les facteurs de risque associés aux problématiques chez les parents;
4- Facteurs de risque associés à l'attitude des parents face aux difficultés de l'enfant;
5- Autres indicateurs de risque.</td></tr>
<tr><td>CLIENTELE / POPULATION VISEE</td><td colspan="2">L'outil vise le groupe des 0-5 ans. Il est conçu pour utilisation dans les CJ. Trois des informateurs clés consultés dans les CSSS estiment que l'outil pourrait être adapté au contexte des CSSS en soutien à la décision de signaler.</td></tr>
<tr><td>PROCEDURE D'ADMINISTRATION</td><td colspan="2">C'est l'intervenant qui complète la grille à partir de ses propres observations.</td></tr>
<tr><td>NATURE DES RESULTATS OBTENUS</td><td colspan="2">– Pour les sections 1, 2 et 3 : pas de compilations de données à faire; il s'agit d'entrer des informations sur l'enfant (nom, nombre de milieux de vie connus, situation familiale).
– Pour les sections 4, 5 et 6 : le dépistage repose sur un système de cotation des indicateurs du risque d'abandon (de 0 à 2). Ce système est basé sur la valeur relative de chacun des items. Une cote de 2 obtenue aux sections 4 et 5 et un score plus de 3 à la section 6, suite à l'addition des cotes, indique que l'enfant qui fait l'objet de l'évaluation est potentiellement à risque de discontinuité et d'instabilité. Les concepteurs indiquent que, lorsque la grille de dépistage semble indiquer la présence d'un risque, la situation devrait faire l'objet d'une évaluation en profondeur qui, seule, permettra de l'apprécier.</td></tr>
<tr><th colspan="3">INFORMATIONS PRATIQUES</th></tr>
<tr><td>LANGUE</td><td colspan="2">☒ français ☐ anglais ☐ adaptation - contexte québécois ☐ autre (précisez) :</td></tr>
</table>

DUREE	Passation	20 minutes
	Correction	15 minutes
	Interprétation	15 minutes
QUALIFICATIONS DE BASE POUR UTILISATION DE L'OUTIL	Aucune.	
EXIGENCES DE FORMATION SPECIFIQUE	Cette grille peut être complétée sans formation préalable, mais selon les concepteurs, une formation succincte aidera l'intervenant à mieux comprendre le sens des items et rendra l'intervenant plus à l'aise dans l'interprétation des données recueillies. La passation de la grille exige une certaine connaissance de la situation familiale et personnelle de l'enfant.	
EXIGENCES DE SUPERVISION	Aucune.	
MANUEL D'ACCOMPAGNEMENT	Manuel d'accompagnement : ☐ Oui ☒ Non Langues : ☐ français ☐ anglais	
CONVIVIALITE FACILITE D'UTILISATION	Cette grille est un outil clinique conçu pour utilisation par des intervenants. Elle est simple d'utilisation et peut être complétée sans formation préalable. La passation de la grille prend, en soi, très peu de temps. L'outil est gratuit et accessible sur le site Web du CJM-IU.	
COUT DE L'OUTIL	Aucun.	
SE PROCURER L'OUTIL	CJM-IU.	

NOTORIETE	
NOTORIETE DE L'OUTIL	Connu dans plusieurs Centres jeunesse, mais peu dans les CSSS.
Nombre de fois mentionné dans les grilles de consultation[24] : ☒ CJ ___4___ ☒ CSSS ___3___ Répertorié par ☒ ACJQ ☐ Autre instance : ____	

APPRECIATION DE LA QUALITE		
DIMENSIONS METHODOLOGIQUES ET PROPRIETES PSYCHOMETRIQUES	Mode de validation	– Validation par consensus d'experts pour les sections 4, 5 et 6. – Pour les sections 4 et 5, l'identification des facteurs et des cotes repose sur l'avis d'experts cliniques du CJM-IU. Pour la section 6, l'identification des facteurs et des cotes repose d'une part sur une enquête de type Delphi réalisée auprès d'informateurs clés du Centre de services sociaux du Montréal métropolitain (CSSMM) devenu le Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (*N* = 43) (Turcotte, 1991) et d'autre part sur une recension des écrits sur les antécédents et les conséquences de l'abandon parental (Turcotte, 1992). Les cotes suggérées pour chacun des items ont été déterminées à partir de l'avis d'experts cliniques et d'une recension des écrits, mais n'ont pas fait l'objet d'une validation scientifique. L'outil ne détermine pas avec certitude un seuil critique, mais l'accumulation des facteurs permet à l'intervenant d'évaluer la gravité du risque.

[24] La « grille de consultation » réfère à la grille remplie par les informateurs des CJ et CSSS interrogés (*N* = 60) lors de la consultation sur les besoins en matière d'outils cliniques en négligence. Dans cette grille, les répondants devaient énumérer les outils que le personnel clinique de leur établissement utilise en dépistage ou en évaluation des situations de négligence.

	Propriétés psychométriques et démarches de validation	NAP
FORCES	– Au plan du contenu, les utilisateurs estiment que les critères font sens, sont clairs et précis. On apprécie le fait que la grille permette de faire un survol des principaux facteurs de risque identifiés dans les écrits scientifiques (ACJQ, 2009; grille de consultation ; Turcotte *et al.*, 2007). Un des informateurs clés souligne le fait que l'outil « pose un regard organisé sur les séquences de vie de l'enfant en dehors de sa famille et sur la qualité de ses contacts supervisés éventuels de même que sur les expériences parentales constituant un risque pour l'enfant ». – Certains notent que l'outil permet de cibler des objectifs d'intervention et de faire des liens concrets avec les familles observées (grille de consultation). – Plusieurs relèvent le caractère convivial de l'outil : ils apprécient le fait qu'il soit rapide à compléter et simple à utiliser (ACJQ, 2009; grille de consultation, Turcotte *et al.*, 2007).	
LIMITES	– L'outil n'a pas fait l'objet d'une validation scientifique. Il est recommandé de considérer l'outil comme un soutien au jugement clinique et d'interpréter les résultats comme des clignotants ou des signaux d'alarme (Turcotte *et al.,* 2007, Paquette, 2006). Une évaluation en profondeur doit être faite si le risque est établi (grille de consultation, Paquette, 2006). – Un des informateurs consultés (grille de consultation) précise que les intervenants du CSSS n'utilisent pas cette grille parce qu'ils croient qu'elle est réservée aux intervenants du CJ. Son utilisation dans les CSSS nécessiterait une adaptation et une expérimentation. – On note que certains intervenants ont de la difficulté à « faire parler » les données (grille de consultation). – Un des informateurs clés estime que l'utilisation de l'outil exige une connaissance minimale de la théorie de l'attachement (grille de consultation).	

REFERENCES

ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC (1997). *En vue d'assurer à tout enfant un projet de vie permanent*. Table des directeurs de la protection de la jeunesse.

ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC (2009). *Répertoire des outils cliniques en centre jeunesse : fiches/outils cliniques.* Montréal : ACJQ.

PAQUETTE, F. (2007). *À chaque enfant son projet de vie permanent. Un programme d'intervention* (2e édition). Montréal : Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire, Direction des services professionnels et de la recherche.

TURCOTTE, G. (1991). *Grille de dépistage des enfants à risque d'abandon*. Montréal : CSSMM.

TURCOTTE, G. (1991). *L'identification des facteurs associés à l'abandon et au délaissement d'enfants : une application de la technique Delphi*. Montréal : CSSMM, Direction des services professionnels, 80 p.

TURCOTTE, G. (1992). *Les antécédents et les conséquences de l'abandon d'enfants. Une recension des publications scientifiques*. Montréal : CSSMM, Direction des services professionnels.

TURCOTTE, G., CARDINAL, G., ET SANCHEZ, I. (2007). *Le programme À chaque enfant son projet de vie permanent. Rapport d'évaluation d'implantation*. Montréal : IRDS.

2. GUIDE D'EVALUATION DES CAPACITES PARENTALES – ASSESSING PARENTING CAPACITY GUIDELINES (Steinhauer, 1993)

DIMENSIONS DESCRIPTIVES		
CARACTERISTIQUES DE L'OUTIL		
TITRE DE L'OUTIL	**Assessing Parenting Capacity Guidelines (Steinhauer, 1993)** **Guide d'évaluation des capacités parentales : adaptation du guide de Steinhauer, 0-5 ans** (De Rancourt, Paquette, & Paquette, 2006)	
TYPE D'OUTIL	Outil de soutien à l'évaluation.	
FORMAT DE L'INSTRUMENT ET DU MATERIEL DE PASSATION	☒ grille d'observation ☐ entrevue ☒ questionnaire ☐ autre (précisez) : ___________	
DESCRIPTION DE L'OUTIL	But de l'outil	– L'outil n'est pas axé sur la mesure de la négligence comme telle. – Il sert à estimer de manière rigoureuse les capacités parentales et les composantes qui lui sont associées. Il a pour objectif d'aider à structurer les données d'observation et l'analyse clinique des intervenants pour identifier les forces et les faiblesses des parents et mieux cibler les zones d'intervention devant être priorisées. – Permet de cerner d'éventuels besoins d'évaluations complémentaires.
	Nombre d'items	
	Sphères visées par l'outil	– Dans la version en anglais comme dans les deux versions en français, le guide distingue quatre dimensions de la capacité des parents à assumer les soins et la responsabilité des parents : le contexte, l'enfant, la relation parents-enfants, les parents. – Selon les versions, l'outil propose neuf ou dix repères pour évaluer les capacités parentales. **Version originale : 10 repères** (1A) Expérience de vie des parents et sentiments associés à l'appartenance ethnoculturelle (parent's life experiences and feelings related to being immigrants or members of a marginalized minority group). (1B) Facteurs de stress familial (current stressors). (2) Développement de l'enfant (child's develomental status). (3) Lien d'attachement entre l'enfant et le dispensateur de soins (predominant attachment strategy). (4) Compétence parentale (parenting ability). (5) Maîtrise des impulsions (impulse control). (6) Reconnaissance de sa responsabilité (parent's acceptance of responsibility). (7) Facteurs personnels affectant les capacités parentales (adult behavior affceting parenting). (8) Lien social (manner of relating to society). (9) Histoire des services cliniques.

		Version Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (CJM-IU) (9 repères) Le contexte : (1) contexte sociofamilial. L'enfant : (2) santé et le développement de l'enfant. La relation parents-enfant : (3) attachement; (4) compétences parentales. Les parents : (5) contrôle des impulsions; (6) reconnaissance de la responsabilité; (7) facteurs personnels affectant les capacités parentales; (8) réseau social; (9) histoire des services cliniques. **Version Centre jeunesse Chaudière-Appalaches (CJCA) (9 repères) :** (1A) Éléments d'histoire familiale et facteurs ethniques ou culturels; (1B) Facteurs de stress familial; (2) Développement de l'enfant; (3) Relation d'attachement entre l'enfant et le dispensateur de soins; (4) Aptitude parentale actuelle; (5) Maîtrise des impulsions; (6) Comportement de l'adulte affectant la compétence parentale; (7) Acceptation par le parent de sa responsabilité; (8) Alliances sociocommunautaires et thérapeutiques.
CLIENTELE / POPULATION VISEE	– La version 2006 de l'outil concerne les enfants âgés entre en 0 et 5 ans, mais la structuration proposée permet aussi, selon l'ACJQ (2009) une certaine analyse pour les enfants âgés de plus de 5 ans. – L'outil est conçu pour être utilisé en contexte de protection de la jeunesse, à l'évaluation-orientation et à l'application des mesures. – Pour certaines des dimensions, l'outil est basé sur l'observation directe des familles et suppose donc des visites à domicile ou des visites supervisées. – L'outil tient compte des besoins et de la réalité des familles défavorisées et multiethniques (dimension 1).	
PROCEDURE D'ADMINISTRATION	– L'outil est complété par un intervenant. – En début de chaque dimension, le libellé indique les consignes pour l'administration et la codification. Les consignes pour l'interprétation des résultats sont présentées dans le cadre de la formation sur l'outil (formation interne du CJM-IU).	
NATURE DES RESULTATS OBTENUS	– Pour chacune des dimensions, un résumé est rédigé à partir des informations recueillies. Ce résumé est destiné à aider l'intervenant à juger cliniquement si la dimension constitue une préoccupation majeure/mineure ou une force majeure/mineure. – L'intervenant doit ensuite se positionner quant à l'hypothèse pronostic en regard de chacune des dimensions afin de compléter le profil de capacité parentale et faire une prédiction sur le potentiel de changement chez le parent. – À la fin du guide un tableau dresse le profil de la capacité parentale (résultats de chacune des dimensions et hypothèse pronostique). – L'outil n'est pas conçu pour quantifier des manques, mais vise plutôt à aboutir à une compréhension objective de la situation. – Les résultats sont qualitatifs et directement reliés à la rigueur de la collecte de données. Le type de cotation est variable d'une dimension à une autre et l'outil nous amène plutôt à saisir l'information qui se rattache à la cote. L'intervenant doit « faire parler » les données recueillies, donner un sens aux résultats. – Aucune consigne concernant l'interprétation des résultats : l'interprétation dépend des connaissances de l'intervenant et de sa capacité à faire des liens entre les dimensions.	

	– Les résultats obtenus dans chacune des dimensions deviennent les pistes d'intervention (difficultés à travailler, forces à utiliser comme levier d'intervention et services à mettre en place).	
INFORMATIONS PRATIQUES		
LANGUE	☒ français ☒ anglais ☒ adaptation au contexte québécois ☐ autre (précisez) :	
DUREE	Passation	Selon les concepteurs, lorsque les intervenants sont formés, l'analyse de la situation exige une vingtaine d'heures incluant le temps d'observation nécessaire à la cueillette de l'information (pour les parties 2, 3 et 4, principalement), la saisie de l'information et l'interprétation des données.
	Correction	
	Interprétation	
QUALIFICATIONS DE BASE POUR UTILISATION DE L'OUTIL	Non spécifié.	
EXIGENCES DE FORMATION SPECIFIQUE	Formation théorique de deux jours et soutien clinique lors des premières utilisations pour intégrer la théorie à la pratique. Une formation de base sur la théorie de l'attachement constitue un préalable nécessaire.	
EXIGENCES DE SUPERVISION	Supervision requise au début.	
MANUEL D'ACCOMPAGNEMENT	Non.	
CONVIVIALITE FACILITE D'UTILISATION	L'outil est relativement simple à utiliser, mais il exige beaucoup de temps d'appropriation et d'utilisation. Il nécessite une formation, de la pratique et un soutien lors des premières utilisations. Dans son application, il peut au premier abord, paraître fastidieux et complexe, notamment à l'étape évaluation-orientation, pour les CJ, et en général dans le contexte des CSSS. Certaines dimensions nécessitent davantage d'observations directes de la dyade parent-enfant (dimension 3 : attachement et dimension 4 : compétences parentales). Des informateurs clés dans les CSSS rapportent que l'administration de l'outil exige plusieurs rencontres et un temps d'observation assez important qui est difficilement compatible avec le type de clientèle rejoint.	
COUT DE L'OUTIL	Des coûts de formation sont à prévoir, mais l'outil ne comporte aucun coût d'utilisation.	
SE PROCURER L'OUTIL	www.centrejeunessedemontreal.qc.ca www.cj12.qc.ca	

NOTORIETE	
NOTORIETE DE L'OUTIL	L'outil est bien connu et utilisé dans les CJ du Québec ainsi que dans certains CSSS. Il ne ressort pas de la recension des écrits scientifiques et cliniques sur les outils cliniques en négligence. Il est par contre souvent mentionné dans les recensions d'outils d'évaluation des capacités parentales (White, 2005). L'outil dans sa version traduite et adaptée par le CJM-IU est cité dans ces ouvrages français et belges sur la protection de l'enfance.

Nombre de fois mentionné dans les grilles de consultation[25] : ☒ CJ ___9___ ☒ CSSS ___6___
Répertorié par ☒ ACJQ ☐ Autre instance : ____

APPRECIATION DE LA QUALITE		
DIMENSIONS METHODOLOGIQUES ET PROPRIETES PSYCHOMETRIQUES	Mode de validation	Consensus d'experts. Traduit et adapté au contexte québécois, mais la traduction n'est pas validée. Le « guide » n'a pas fait l'objet d'une validation scientifique et est présenté comme un outil permettant : 1) de structurer les données d'observation; 2) de soutenir une opinion clinique objective; et 3) de cerner les besoins d'évaluations complémentaires. Le programme « A chaque enfant son projet de vie permanent » du CJM-IU (Paquette, 2006) précise que, lorsque les résultats obtenus au « guide d'évaluation des capacités parentales » indiquent que l'attachement est une préoccupation majeure, une évaluation plus en profondeur de cette dimension devrait être entreprise par les intervenants en recourant à des outils validés.
	Propriétés psychométriques et démarches de validation	NAP
FORCES	**Point de vue des utilisateurs :** La valeur intrinsèque du guide généralement reconnue par les utilisateurs (Turcotte *et al.,* 2007) (Grille de consultation et consultation d'experts). Ils y voient plusieurs avantages : 1) Permet une plus grande rigueur et plus d'objectivité dans les processus (évaluation, rédaction des rapports, choix des mesures, témoignages au tribunal). Permet de structurer l'information pertinente notamment pour les données à soumettre au tribunal et la préparation du témoignage. Les termes « cadre », « structure », et « systématisation » reviennent fréquemment dans les commentaires des utilisateurs lorsqu'ils évoquent les aspects positifs de l'outil. Cette rigueur nous disent-ils fait contrepoids à la part des émotions et confère un sentiment de sécurité dans la prise de décision. 2) Permet une analyse globale, systémique, exhaustive de la situation de la famille (dans la lignée de l'approche écologique). Les utilisateurs apprécient particulièrement le fait que le guide aborde plusieurs sphères de la vie de l'enfant et de ses parents et tienne compte aussi bien des forces que des déficits de la famille. Plusieurs évoquent le fait que l'outil permet « de ne rien échapper » et leur rappelle de tenir compte de certaines dimensions qu'on avait eu tendance à oublier dans le passé. 3) Des « mots pour le dire ». Plusieurs utilisateurs relèvent le fait que le guide permet de mettre des mots sur des observations, des évaluations, les motifs des décisions, ce qui, ajoutent certains d'entre eux, faciliterait la rédaction des rapports et favoriserait une meilleure communication avec les parents. 4) Permet de faire émerger et de structurer le plan d'intervention. **Autres points de vue :** – Selon l'ACJQ (2009, p. 28), l'avantage de cet outil réside dans le fait qu'il « situe les principales composantes des capacités parentales, de même que les éléments de	

[25] La « grille de consultation » réfère à la grille remplie par les informateurs des CJ et CSSS interrogés (*N* = 60) lors de la consultation sur les besoins en matière d'outils cliniques en négligence. Dans cette grille, les répondants devaient énumérer les outils que le personnel clinique de leur établissement utilise en dépistage ou en évaluation des situations de négligence.

	risque. Permet de structurer l'information pertinente, de soutenir l'évaluation et la prise de décision, puis le suivi. Aide à qualifier les 9 dimensions en termes de préoccupations majeures/mineures et à formuler une prédiction quant au potentiel de changement ». – Selon Sellenet (2007), l'apport majeur de l'outil est de définir plusieurs domaines d'influence et de se baser sur l'observation directe des attitudes parentales et du fonctionnement familial. « Cet outil n'est sans doute pas un outil exemplaire, mais il répond en grande partie aux exigences que nous attribuons à une démarche d'évaluation (p. 150). Il propose une lecture multifacette dans la lignée des travaux de Bronfenbrenner (p. 151).
LIMITES	– L'outil est relativement simple à utiliser, mais il exige beaucoup de temps d'appropriation. Il nécessite une formation, de la pratique et un soutien lors des premières utilisations. – Dans son application, il peut au premier abord, paraître fastidieux, lourd et long, notamment à l'étape EO pour les CJ, et en général dans le contexte des CSSS. Ces appréhensions semblent cependant se dissiper avec la pratique, à la faveur de l'expérience avec l'outil (ACJQ, 2009; Turcotte *et al.*, 2007). – Des informateurs clés dans les CSSS rapportent que l'administration de l'outil exige plusieurs rencontres, de l'observation directe et de nombreuses questions, « une limite qu'il faut considérer avec des clients peu collaborateurs et difficiles à rejoindre dans un contexte volontaire », comme c'est le cas dans les CSSS (grille de consultation). – Certains utilisateurs évoquent une certaine subjectivité de l'outil qui selon eux laisserait place à des interprétations différentes d'un intervenant à l'autre.

REFERENCES

ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC (2009). *Répertoire des outils cliniques en centre jeunesse : fiches/outils cliniques.* Montréal : ACJQ.

CENTRE JEUNESSE CHAUDIERES-APPALACHES (2005). *Guide d'évaluation de la compétence parentale de Steinhauer* (version 1.6).

DE RANCOURT, L., PAQUETTE, F., ET PAQUETTE, D. (2006). *Guide d'évaluation des capacités parentales : adaptation du guide de Steinhauer, 0-5 ans.* Montréal : Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire.

PAQUETTE, F. (2006). *À chaque enfant son projet de vie permanent. Un programme d'intervention* (2e édition). Montréal : Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire, Direction des services professionnels et de la recherche.

SELLENET, C. (2007). *La parentalité décryptée : Pertinence et dérives d'un concept*. Paris : L'Harmattan.

STEINHAUER, P. D. (1993). *Assessing Parenting Capacity Manual Guidelines*. Institute for the prevention of child abuse.

TURCOTTE, G., CARDINAL, G., ET SANCHEZ, I. (2007). *Le programme À chaque enfant son projet de vie permanent. Rapport d'évaluation d'implantation*. Montréal : IRDS.

WHITE, A. (2005). *Assessment of parenting capacity : literature review*. Centre for parenting and research.

AUTRES REFERENCES PERTINENTES

BOUCHARD, L., DE RANCOURT, L., DESJARDINS, L., GAUTHIER, L., PAQUETTE, F., ET RAINVILLE, S. (2003). *Guide d'évaluation des capacités parentales : adaptation du guide de Steinhauer* (2e édition). Montréal : Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire.

STEINHAUER, P. D. (1983). « Assessing for parenting capacity », *American Journal of orthopsychiatry*, *53*(3), p. 468-481.

STEINHAUER, P. D. (1996). *Le moindre mal*. Montréal : Presses de l'université de Montréal.

3. INVENTAIRE CONCERNANT LE BIEN-ÊTRE DE L'ENFANT (ICBE) – CHILD WELL-BEING SCALES (CWBC) (Magura & Moses, 1986)

DIMENSIONS DESCRIPTIVES		
CARACTERISTIQUES DE L'OUTIL		
TITRE DE L'OUTIL	**Child Well-Being Scale (CWBC)** (Magura & Moses, 1986) **Inventaire concernant le bien-être de l'enfant (ICBE**) en lien avec l'exercice des responsabilités parentales (Vézina & Bradet, 1992)	
TYPE D'OUTIL	Outil de soutien à l'intervention.	
FORMAT DE L'INSTRUMENT ET DU MATERIEL DE PASSATION	☒ grille d'observation ☐ entrevue ☐ questionnaire ☐ autre (précisez) : ___________	
DESCRIPTION DE L'OUTIL	But de l'outil	–Outil qui sert à faire l'inventaire complet et détaillé des facettes du bien-être de l'enfant en relation avec l'exercice des responsabilités parentales. L'instrument est construit au moyen de critères basés sur l'observation des lieux, des personnes, de leurs attitudes et de leurs comportements (ICBE, Manuel d'utilisation). – Cherche à identifier les forces et les faiblesses du milieu parental afin d'en estimer l'impact sur la satisfaction des besoins du ou des jeunes concernés par l'évaluation (ICBE, Manuel d'utilisation). – Outil qui vise à documenter, sur la base d'observations, plusieurs aspects de l'exercice des responsabilités parentales et à déterminer les situations justifiant une intervention en contexte de protection (seuil spécifique par échelle), tout en permettant de mieux cibler des interventions appropriées (ACJQ, 2009, p. 30).
	Nombre d'items	– L'inventaire contient 43 échelles qui couvrent les principaux aspects de la notion de bien-être de l'enfant. Chacune des échelles décrit de façon concrète les conditions de vie, les dispositions parentales, le fonctionnement de l'enfant (ICBE, Manuel d'utilisation). – Chaque échelle doit être cotée sur un continuum qui varie de 3 à 6 points (selon les échelles visées) en fonction du descriptif qui accompagne chaque échelle. – **14 échelles sélectionnées servent plus spécifiquement à mesurer la négligence** : habillement, surpeuplement à la maison; hygiène personnelle; propreté et entretien de la maison; acceptation des enfants et manifestation d'affection; approbation des enfants; stimulation et enseignement des parents aux enfants; attentes des parents face aux enfants; ameublement de la maison; discipline physique abusive; soins de santé physique; services disponibles dans la maison; sécurité physique à la maison; surveillance des jeunes enfants (13 ans et moins).
	Sphères visées par l'outil	<u>Les échelles couvrent trois facteurs :</u> 1- Conditions au foyer 2- Dispositions parentales 3- Fonctionnement de l'enfant <u>Les échelles présentent six dimensions théoriques</u> : – Négligence physique corporelle; – Négligence physique environnementale; – Négligence émotionnelle;

		– Abus physiques; – Abus sexuels; – Troubles de comportement.
Clientele / population visee	– S'adresse aux jeunes de 0 à 18 ans (de préférence de 6 à 15 ans) (ACJQ, 2009, p. 30). – Il peut être utilisé pour toutes les clientèles où il est question de l'enfant et des responsabilités parentales (ICBE, Manuel d'utilisation). – L'interprétation des résultats est en fonction du contexte de l'intervention en protection de la jeunesse d'où les limites dans l'interprétation pour les autres clientèles (ICBE, Manuel d'utilisation). – L'ICBE n'a pas été conçu pour répondre directement et exclusivement aux besoins d'évaluation en contexte de protection de la jeunesse, mais demeure un outil précieux qui facilite le diagnostic et guide l'intervention en protection de la jeunesse (Paquette, 2008, p. 94).	
Procedure d'administration	– L'outil est complété par un intervenant à partir de ses observations de la famille dans son milieu naturel.	
Nature des resultats obtenus	– On obtient le score moyen pour les 43 échelles en additionnant les scores pondérés de gravité des 43 échelles si elles ont toutes été complétées et en les divisant par 4 (la somme totale des scores pondérés doit toujours être divisée par le nombre total des échelles pour lesquelles on a pu obtenir de l'information. – Le score à chacune des échelles est inscrit sur un tableau, ce qui permet d'identifier rapidement les échelles pour lesquelles le seuil d'intervention est atteint (Paquette, 2008, p. 94).	
Informations pratiques		
Langue	☒ français ☒ anglais ☒ adaptation - contexte québécois ☐ autre (précisez) :	
Duree	Passation	Environ 60 minutes (entrevues à domicile avec les différents membres de la famille).
	Correction	La correction se fait automatiquement (avec la version informatisée).
	Interprétation	Environ 30 minutes (version informatisée).
Qualifications de base pour utilisation de l'outil	Exigences : DEC ou BAC dans un domaine du psychosocial plus la formation.	
Exigences de formation specifique	Formation de trois jours + une journée de suivi.	
Exigences de supervision	Supervision requise pour les cinq premières cotations.	
Manuel d'accompagnement	Manuel d'accompagnement : ☒ Oui ☐ Non Langues : ☒ français ☒ anglais	
Convivialite facilite d'utilisation	ND	
Cout de l'outil	Manuel d'utilisation / interprétation : 17$ Feuillets d'exercice - paquet de 20 : 5$	
Se procurer l'outil	JEFAR – Université Laval 418 656-2674	

NOTORIETE	
NOTORIETE DE L'OUTIL	– Outil abondamment utilisé et ayant fait l'objet de multiples validations. Il est fréquemment utilisé dans les recherches et dans la pratique lorsqu'il est question de négligence. – Outil reconnu et très présent dans la littérature nationale et internationale. – Au Québec, l'outil est utilisé dans quelques centres jeunesse, mais peu dans les CSSS.
Nombre de fois mentionné dans les grilles de consultation[26] : ☒ CJ ___8___ ☒ CSSS ___7___ Répertorié par ☒ ACJQ ☒ Autre instance : Recommandé par DePanfilis pour le US department of health and human	

APPRECIATION DE LA QUALITE		
DIMENSIONS METHODOLOGIQUES ET PROPRIETES PSYCHOMETRIQUES	Mode de validation	– Standardisation empirique. – Version française : standardisation empirique.
	Propriétés psychométriques et démarches de validation	Plusieurs études ont procédé à la validation empirique de l'ICBE en contexte de négligence (Wodarski & Rittner, 1995; Dubowitz *et al.*, 2004; Gaudin & Polansky, 1992; Casady & Lee, 2002), dont une, au Québec (Vézina & Bradet, 1992). – Si la plupart de ces études utilisent les 14 échelles désignées pour mesurer la négligence, d'autres utilisent 17 échelles (Gaudin & Polansky, 1992) ou encore 20 échelles (dans le cas de l'étude de Vézina & Bradet, 1990). – De plus, les types de négligence mesurés ne sont pas les mêmes dans chacune des études : certaines se limitent à la négligence physique et psychologique, alors que d'autres mesurent la négligence physique, psychologique et environnementale. **Rittner et Wodarski (1995) :** – Ont démontré que l'outil pouvait discriminer les familles négligentes des familles non négligentes. **Dubowitz, Pitts, et Black (2004) :** – Utilisation des 14 échelles. – Étude dans laquelle les auteurs examinent les relations entre trois sous types de négligence (physique, psychologique et environnementale). – La fiabilité interjuges (interrator reliability) est de 0,90. – Pour les cinq échelles qui mesurent la négligence physique (« crowding », « household furnishing », « personal hygiene », « clothing » et « household sanitation ») : alpha de Cronbach = 0,69. – Pour les quatre échelles qui mesurent la négligence psychologique (« acceptance and affection », « parental approval », « parental expectations » et « teaching stimulation ») : alpha de Cronbach = 0,79. – Coefficient d'objectivité (fiabilité des résultats entre les évaluateurs) : maintenu à 0,90.

[26] La « grille de consultation » réfère à la grille remplie par les informateurs des CJ et CSSS interrogés (*N* = 60) lors de la consultation sur les besoins en matière d'outils cliniques en négligence. Dans cette grille, les répondants devaient énumérer les outils que le personnel clinique de leur établissement utilise en dépistage ou en évaluation des situations de négligence.

		Gaudin et Polansky (1992) : – Leur étude démontre que le l'ICBE arrive à discriminer les familles négligentes des familles non négligentes sur la base des trois facteurs identifiés par Magura et Moses (1986) (3 facteurs…). – L'outil a classifié correctement 79 % des familles négligentes. – Les auteurs s'appuient sur la sélection de 17 échelles. – Résultats : Coefficient de consistance interne bonne + Validité convergente. **Validation québécoise :** Réalisée par **Vézina et Bradet** (1992) Les auteurs concluent que les facteurs et les dimensions théoriques de l'ICBE obtiennent une bonne consistance interne mesurée à l'aide du coefficient Alpha, lequel varie entre 0,66 et 0,87. Pour ce qui est de la stabilité test/retest, pour un intervalle moyen de 2,8 semaines, les corrélations intraclasses varient entre 0,56 et 0,82. L'ICBE offre une bonne validité de convergence et de concomitance. L'outil présente également une bonne validité de différenciation.
FORCES	– Selon Paquette (2008, p. 94), l'ICBE est « particulièrement pertinent pour identifier les forces parentales pouvant être utilisées dans les plans d'intervention, tant sur le plan préventif que curatif ». – Selon Vézina et Pelletier (1993, p. 78), l'ICBE répond, par ses qualités métrologiques, à des besoins d'objectivité et d'uniformité chez les intervenants. Il assure une exploration systématique des facteurs du bien-être de l'enfant et de l'actualisation des responsabilités parentales. – Selon Vézina *et al.* (1995, p. 36), l'utilisation de l'ICBE, dans le contexte de l'élaboration des plans d'intervention, est un guide qui aide à fixer les objectifs, à préciser les critères d'atteinte des résultats et à identifier les services nécessaires. – Permet d'évaluer l'évolution du développement des capacités parentales (grille de consultation). – L'outil d'évaluation le plus complet en négligence; il couvre toutes les formes de négligence et est utile pour nommer les indices de compromission lors de signalement DPJ. Il permet d'évaluer l'ampleur de la négligence (zones de gravité de négligence) et de statuer sur la compromission (grille de consultation).	
LIMITES	– Outil qui a été pensé comme un d'outil d'évaluation et non dans le but d'être utilisé comme outil de mesure de la négligence (Trocmé, 1996). – Selon Slack *et al.* (2003) : même si les échelles contiennent des items pour mesurer différentes dimensions de la négligence, l'outil en soi ne s'adresse pas aux familles qui ne sont pas déjà identifiées par le service de protection de l'enfance, ce qui limite l'utilisation de cet outil. Informations tirées de Stowman et Donohue (2005) : – Les échelles ont aussi été critiquées parce qu'elles ne mesurent pas adéquatement les niveaux d'extrême pauvreté (Fanshel *et al.,* 1994). – Seaberg (1988) souligne un manque de clarté dans la définition du bien-être de l'enfant et un manque de « cutoff points » sur le plan clinique. – L'ICBE a aussi été critiqué parce qu'il ne mesure pas l'historique de maltraitance dans la famille et parce qu'il ne considère pas l'interaction entre les facteurs (Lyons *et al.*, 1996). – Ne tient pas compte de la dynamique de la famille et des antécédents parentaux et aborde peu les situations d'abus sexuels et les relations conflictuelles entre ex-conjoints (ACJQ, 2009, p. 30).	

	– Avec la nouvelle LPJ, les échelles ne concordent plus avec les mêmes articles de loi; l'outil doit être revu suite aux modifications de la LPJ pour déterminer les seuils de protection (grille de consultation). – Temps de passation souvent perçu comme trop long par les intervenants; demande beaucoup de temps à compléter (grille de consultation). – Peu utilisé dans le réseau de la santé et des services sociaux (grille de consultation).

REFERENCES

ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC (2009). *Répertoire des outils cliniques en centre jeunesse : fiches/outils cliniques.* Montréal : ACJQ.

CASADY, M. A., ET LEE, R. E. (2002). Environments of physically neglected children. *Psychological Reports*, *91*, p. 711-732.

DUBOWITZ, H., PITTS, S. C., ET BLACK, M. (2004). Measurement of Three Major Subtypes of Child Neglect. *Child Maltreatment*, *9*(4), p. 344-356.

FANSHEL, D., FINCH, S. J., ET GRUNDY, J. F. (1994). Testing the measurement properties of risk assessment instruments in child protective services. *Child Abuse and Neglect : The International Journal*, *18*, p. 1073-1084.

GAUDIN, J. M., ET POLANSKY, N. A. (1992). The Child Well Being Scale : A field Trial. *Child Welfare*, *71*, p. 319-328.

LYONS, P., DOUECK, H. J., ET WODARSKI, J. S. (1996). Risk assessment for child protective services : A review of the empirical literature on instrument performance. *Social Work Research*, *20*, p. 143-155.

MAGURA, S., ET MOSES, B. S. (1986). *Outcome Measures for Child Welfare Services*. Washington, D.C. : Child Welfare League of America.

PAQUETTE, D. (2008). Le comportement parental. Dans G. M. TARABULSY, M. A. PROVOST, S. DRAPEAU, ET É. ROCHETTE (dir.), *L'évaluation psychosociale auprès des familles vulnérables* (p. 77-96). Québec : Presses de l'Université du Québec.

RITTNER, B., ET WODARSKI, J. S. (1995). Clinical assessment instruments in the treatment of child abuse and neglect. *Early Child Development and Care, 106*(1), p. 43-58.

SEABERG, J. R. (1988). Child well-being scales : A critique. *Social Work Research and Abstracts*, *24*, p. 9-15.

SLACK, K., HOLL, J., ALTENBERND, L., McDANIEL, M., ET STEVENS, A. B. (2003). Improving the Measurement of Child Neglect for Survey Research : Issues and Recommendations. *Child Maltreatment, 8*(2), p. 98-111.

STOWMAN, S. A., ET DONOHUE, B. (2005). Assessing child neglect : A review of standardized measures, *Aggression and Violent Behavior*, *10*(4), p. 491-512.

TROCMÉ, N. (1996). Development and preliminary evaluation of the Ontario Child Neglect Index. *Child Maltreatment*, *1*(2), p. 145-155.

VÉZINA, A., ET BRADET, R. (1992). Validation québécoise de l'inventaire concernant le bien-être de l'enfant en relation avec l'exercice des responsabilités parentales. *Science et Comportement, 22*, p. 233-251.

VÉZINA, A., ET PELLETIER, D. (1993). Un instrument de mesure pour faciliter l'évaluation et l'intervention en protection de la jeunesse. *Service social*, *2*(2), p. 63-81.

VÉZINA, A., LORD, M., THIBAULT, M., PELLETIER, D., ET BRADET, R. (1995). *Diagnostic et traitement de l'enfant en danger.* Paris : L'Harmattan.

WODARSKI, J. S., ET RITTNER, B. (1995). Clinical assessment instruments in the treatment of child abuse and neglect. *Early Child Development and Care*, *106*, p. 43-58.

AUTRES RÉFÉRENCES PERTINENTES

GERSHATER-MOLKO, R. M., LUTZKER, J. R., ET SHERMAN, J. A. (2003). Assessing child neglect. *Aggression and violent behaviour*, *8*, p. 563-585.

KAUFMAN KANTOR, G., HOLT, M. K., MEBERT, C. J., STRAUS, M. A., DRACH, K. M., RICCI, L. R., MACALLUM, C. A., ET BROWN, W. (2004). Development and Preliminary Psychometric Properties of the Multidimensional Neglectful Behavior Scale-Child Report. *Child Maltreatment*, *9*(5), p. 409-428.

LOUNDS, J. J., BORKOWSKI, J. G., ET WHITMAN, T. L. (2004). Reliability and Validity of the Mother-Child Neglect Scale. *Child Maltreatment*, *9*(4), p. 371-381.

LYONS, P., ET DOUECK, H. J. (2009). Child Well-Being Scales as a Predictor of Casework Activity and Services in Child Protection. *Journal of Public Child Welfare*, *2,* p. 139-158.

COLLABORATION
Certaines informations présentes dans cette fiche sont issues d'un échange écrit avec une professionnelle du CJ Laurentides qui utilise l'outil.

4. OUTILS DERIVES DU CADRE D'ANALYSE COMMUN DES BESOINS DE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT FRAMEWORK FOR THE ASSESSMENT OF CHILDREN IN NEED AND THEIR FAMILIES (Department of Health, 2000)

<table>
<tr><th colspan="3">DIMENSIONS DESCRIPTIVES</th></tr>
<tr><th colspan="3">CARACTERISTIQUES DE L'OUTIL</th></tr>
<tr><td>TITRE DE L'OUTIL</td><td colspan="2">Framework for the Assessment of Children in Need and their Families (Department of Health, 2000)
Cadre d'analyse commun des besoins de développement de l'enfant (Chamberland et al., 2006)

Trois outils dérivés de ce cadre d'analyse :
1- Common Assessment Framework Form (Grille commune d'analyse des besoins de l'enfant);
2- Initial Assessment Record (Grille d'analyse préliminaire des besoins de l'enfant);
3- Core Assessment Record (Cahier d'analyse des besoins de développement de l'enfant-CABE).</td></tr>
<tr><td>TYPE D'OUTIL</td><td colspan="2">Outils d'évaluation des besoins</td></tr>
<tr><td>FORMAT DE L'INSTRUMENT ET DU MATERIEL DE PASSATION</td><td colspan="2">☐ grille d'observation ☐ entrevue ☐ questionnaire ☒ autre (précisez) : <u>Observations et échanges</u></td></tr>
<tr><td>DESCRIPTION DE L'OUTIL</td><td>But de l'outil</td><td>Buts communs
– Outils qui s'inscrivent dans une approche centrée sur l'enfant et qui font la promotion du développement optimal des enfants en favorisant leurs forces et leur résilience.
– Outils qui visent à améliorer la concertation et la collaboration inter et intra organisations et à améliorer la collaboration des figures parentales avec les services.
–Outils qui servent à identifier, dans chacune des dimensions de développement des enfants, leurs besoins, l'atteinte des objectifs de développement ainsi que les services et le soutien nécessaires.
– Outils qui permettent de réaliser une analyse des besoins développementaux des enfants (en fonction de sept dimensions), de tenir compte de la capacité des figures parentales à répondre aux besoins de l'enfant et des facteurs familiaux et environnementaux qui soutiennent ou entravent la réponse aux besoins de l'enfant.
Buts spécifiques
1- Common Assessment Framework Form (Grille commune d'analyse des besoins de l'enfant) : Permet de réaliser une analyse sommaire des besoins développementaux de l'enfant. Favorise la référence aux services appropriés (1re et 2e ligne).
2- Initial Assessment Record (Grille d'analyse préliminaire des besoins de l'enfant) : Permet de faire une lecture rapide de la situation et des besoins de l'enfant suite à une demande de service, une référence ou suite à un signalement.
– Cette grille utilise les informations fournies par la grille commune d'analyse des besoins de l'enfant et du jeune et permet de faire état des services actuellement offerts à l'enfant, des évaluations et des interventions réalisées.</td></tr>
</table>

		– Cette analyse permet aux services de première ligne d'évaluer la pertinence de signaler la situation à la protection de la jeunesse ou de référer la famille à différents services de 1re, 2e ou 3e ligne. *3- **Core Assessment Record*** **(Cahier d'analyse des besoins de développement de l'enfant-CABE) :** Le CABE sert principalement à identifier, dans chacune des dimensions de développement des enfants, leurs besoins, l'atteinte des objectifs de développement ainsi que les services et le soutien nécessaires.
	Nombre d'items	L'outil contient quatre parties (on trouve plusieurs items dans chacune des parties) : – Renseignements généraux; – Observation et faits (besoins et développement des enfants, capacités parentales et facteurs familiaux et environnementaux); – Résumé et analyses; – Recommandations.
	Sphères visées par l'outil	Trois sphères principales sont visées : – Les sept dimensions des besoins développementaux de l'enfant : santé, éducation, identité, relations familiales et sociales, développement émotif et comportemental, présentation de soi et habiletés à prendre soin de soi; – La capacité des figures parentales à répondre aux besoins de l'enfant; – Les facteurs familiaux et environnementaux qui influencent la réponse aux besoins de l'enfant.
CLIENTELE / POPULATION VISEE	1- **Common Assessment Framework Form (Grille commune d'analyse des besoins de l'enfant)** : S'adresse aux 0-18 ans (une seule grille pour tous les groupes d'âge), plus spécifiquement à des enfants pour lesquels on craint une compromission du développement ou de la sécurité. 2- **Initial Assessment Record (Grille d'analyse préliminaire des besoins de l'enfant) :** S'adresse aux 0-18 ans (une seule grille pour tous les groupes d'âge) et plus spécifiquement à des enfants déjà référés à des services de 1re ou de 2e ligne. 3- **Core Assessment Record (Cahier d'analyse des besoins de développement de l'enfant-CABE)** : LE CABE s'adresse à des enfants de 0-18 ans et leur famille suivis soit par le centre jeunesse, soit par le CSSS (en contexte québécois). Une version différente existe pour chacun des groupes suivants : prénatal à 1 an, 1-2 ans, 2-3 ans, 3-4 ans, 5-10 ans, 11-15 ans et 16-18 ans.	
PROCEDURE D'ADMINISTRATION	– Les grilles doivent être complétées avec la collaboration des figures parentales et de l'enfant (selon l'âge) en utilisant une approche participative. – Les partenaires du milieu qui offrent des services à l'enfant (le jeune) sont aussi interpellés lors de l'analyse. 1- ***Common Assessment Framework Form*** **(Grille commune d'analyse des besoins de l'enfant)** : Tout professionnel du milieu (enseignant, policier, éducatrice en service de garde, employé d'un organisme communautaire, etc.) qui est en contact avec l'enfant ou le jeune peut compléter cet outil. 2- **Initial Assessment Record (Grille d'analyse préliminaire des besoins de l'enfant)** : L'intervenant du CSSS qui réalise l'accueil, l'évaluation et l'orientation (AEO) de la demande de service ainsi que l'intervenant au service de rétention et traitement des signalements du centre jeunesse.	

	3- **Core Assessment Record (Cahier d'analyse des besoins de développement de l'enfant-CABE)** : L'intervenant principal au dossier de l'enfant est responsable de la passation de l'outil. Il doit compléter le CABE avec la collaboration des figures parentales et de l'enfant (selon l'âge) en utilisant une approche participative. Les partenaires du milieu sont aussi interpellés lors de l'analyse.	
NATURE DES RESULTATS OBTENUS	– Les résultats sont de type « qualitatifs ». Le répondant inscrit des commentaires à chacune des cases. – On ne trouve pas de pistes d'intervention, mais la section « synthèse des observations » et « analyse de la situation » offre de l'espace pour inscrire les besoins et les suites à donner.	
INFORMATIONS PRATIQUES		
LANGUE	☒ français ☒ anglais ☒ adaptation - contexte québécois ☐ autre (précisez) :	
DUREE	Passation	Temps de passation Inconnu pour le *Common Assessment Framework* Form (Grille commune d'analyse des besoins de l'enfant) et le *Initial Assessment Record* (Grille d'analyse préliminaire des besoins de l'enfant). – Environ six rencontres d'une heure chacune pour le CABE
	Correction	Aucune spécification
	Interprétation	Aucune spécification
QUALIFICATIONS DE BASE POUR UTILISATION DE L'OUTIL	Aucune spécification	
EXIGENCES DE FORMATION SPECIFIQUE	Pour le *Common Assessment Framework Form* (Grille commune d'analyse des besoins de l'enfant) et le *Initial Assessment Record* (Grille d'analyse préliminaire des besoins de l'enfant) en contexte québécois : Les exigences de formation ne sont pas encore connues. Comme l'outil est en développement, ces informations seront accessibles au printemps 2012. **Pour Le CABE (Québec) :** – 2 jours pour les intervenants, chefs de service et superviseurs cliniques. – Une journée de mise à niveau (« booster session ») après environ 6 mois d'application. – Participation aux activités de co-développement minimalement 4 fois par année.	
EXIGENCES DE SUPERVISION	Supervision fortement recommandée afin d'assurer la qualité de l'appropriation.	
MANUEL D'ACCOMPAGNEMENT	Manuel d'accompagnement : ☒ Oui ☐ Non Langues : ☒ français (selon l'outil) ☒ anglais	
CONVIVIALITE FACILITE D'UTILISATION	– Il est facile de comprendre ce que les items mesurent. – Le nombre d'items par dimensions n'est pas toujours le même, mais cela n'affecte pas la qualité de l'instrument. – Les différentes dimensions à évaluer se repèrent facilement par des sous-titres.	
COUT DE L'OUTIL	Aucune spécification	
SE PROCURER L'OUTIL	Aucune spécification	

NOTORIETE	
NOTORIETE DE L'OUTIL	Les outils dérivés du cadre britannique sont connus et utilisés dans plusieurs pays d'Occident. Par contre, la littérature et les recensions d'écrits ne reflètent pas, du moins pour l'instant, l'utilisation grandissante des outils. Quelques évaluations d'implantation ont été réalisées, mais peu d'études de validation ont été réalisées à ce jour sur ces outils.
Nombre de fois mentionné dans les grilles de consultation[27] : ☒ CJ ___1___ ☒ CSSS ___4___ Répertorié par ☐ ACJQ ☐ Autre instance :	

APPRECIATION DE LA QUALITE		
DIMENSIONS METHODOLOGIQUES ET PROPRIETES PSYCHOMETRIQUES	Mode de validation	L'initiative AIDES (Action intersectorielle pour le développement des enfants et de leur sécurité) a été expérimentée dans quatre territoires CSSS et deux centres jeunesse du Québec entre les années 2008 et 2011. Certaines données préliminaires sont disponibles dans le rapport de recherche de Chamberland *et al.* (2010), mais l'évaluation complète de l'implantation de l'approche et des outils qui lui sont rattachés n'est pas encore disponible.
	Propriétés psychométriques et démarches de validation	
FORCES	**Forces communes aux trois outils :** – Les outils favorisent une identification adéquate des besoins de l'enfant, de ses forces et de ses progrès. Ils permettent de structurer le dialogue pour s'assurer que les sphères de difficultés et de préoccupations sont prises en charge systématiquement. – Permet de réaliser une référence aux services sociaux appropriés basée sur une analyse systématisée de la situation de l'enfant. – Permet de développer une lecture commune et un langage commun entre les organismes et établissements. – Outils qui s'inscrivent dans une approche participative qui permet un dialogue entre l'intervenant et la famille et un suivi détaillé et dynamique impliquant le jeune, les figures parentales, l'intervenant et les partenaires (Aldgate et Statham, 2001). – Peut être complété par tout type d'intervenant.	
LIMITES	– Le temps d'implantation de l'approche est considérable et demande un investissement notable : selon Munro (2005), cette situation conduit à une réduction du temps passé par les intervenants avec les familles suivies, ce qui peut rebuter les intervenants. – Implique la consultation formelle et l'engagement de tous les acteurs qui prennent soin et qui offrent des services à l'enfant ainsi que des personnes significatives pour ce dernier. – Selon Macdonald (2001), le cadre britannique peut être utilisé de façon subjective et pose un risque de distorsion dans l'évaluation et de discrimination entre les groupes d'utilisateurs des services.	

[27] La « grille de consultation » réfère à la grille remplie par les informateurs des CJ et CSSS interrogés (*N* = 60) lors de la consultation sur les besoins en matière d'outils cliniques en négligence. Dans cette grille, les répondants devaient énumérer les outils que le personnel clinique de leur établissement utilise en dépistage ou en évaluation des situations de négligence.

REFERENCES

ALDGATE, J., ET STATHAM, J. (2001). *The Children Act Now : Messages from research*. London : Department of Health.

CHAMBERLAND, C., LACHARITÉ C., POIRIER, M. A., ETHIER, L., LEMAY, L., DUFOUR, S., ET LESSARD, D. (2006). *AIDES : Action intersectorielle pour le développement des enfants et de leur sécurité*. Document interne, GRAVE / ARDEC, Université de Montréal.

CHAMBERLAND, C., LACHARITÉ, C., CLÉMENT, M. E., POIRIER, M. A., LEMAY, L., DUFOUR, S., ET LESSARD, D. (2010). *Recherche évaluative de l'initiative AIDES (Action intersectorielle pour le développement des enfants et de leur sécurité). Rapport préliminaire d'évaluation 2.* GRAVE / ARDEC, Université de Montréal.

DEPARTMENT OF HEALTH (2000). *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families*. London : The Stationery Office.

MACDONALD, G. (2001). *Effective Interventions for Child Abuse and Neglect : An evidence-based approach to planning and evaluating interventions*. Chichester : John Wiley & Sons.

MUNRO, E. (2005). Improving practice : child welfare as a systems problem. *Children and Youth Services Review*, *27*, p. 75-391.

AUTRES RÉFÉRENCES PERTINENTES

GILLIGAN, P., ET MANBY, M. (2008). The Common Assessment Framework : Does the reality match the Rhetoric?. *Child and Family Social Work, 13,* p. 177-187.

HORWATH, J. (2002). Maintaining a focus on the child?. *Child Abuse Review*, *11,* p. 195-213.

LESSARD, D., CHAMBERLAND, C., ET LÉVEILLÉ, S. (2007). L'évaluation de l'initiative AIDES. Pour changer la culture d'aide à l'enfance et à la famille dans des communautés québécoises. *Les enfants du Canada*. Ottawa : Ligue pour le bien-être de l'enfance du Canada, p. 43-48.

LEVEILLÉ, S., ET CHAMBERLAND, C. (2010). Toward a General Model for Child Welfare and Protection Services : A Meta-Evaluation of international Experiences Regarding the adoption of the framework for the Assessment of Children in Need and their Families (FACNF). *Children and Youths Services review*, *32*(7), p. 929-944.

PITHOUSE, A. (2007). Is everyone Singing the Same Song? A case study to Develop and Evaluate an Inter-agency Common Assessment for Children in need?. Dans CHAMBERLAND, LÉVEILLÉ ET TROCMÉ (dir.). *Des enfants à protéger, des parents à aider. Des univers à rapprocher.* Québec : Presses de l'Université du Québec, p. 323-344.

SHEPPARD, M., MCDONALD, P., ET MELBOURNE, P. (2010). The Parent Concerns Questionnaire and Parenting Stress Index : Comparison of Two Common Assessment Framework-compatible Assessment Instrument. *Child and Family Social Work*, *15*, p. 345-356.

WISE, S. (2001). A framework for responding to vulnerable children. *Family Matters, 59*, p. 16-21.

WHITE, S., HALL, C., ET PECKOVER, S. (2009). The Descriptive Tyranny of the Common Assessment Framework : Technologies of Categorization and Professional Practice in Child Welfare. *British Journal of Social Work*, *39,* p. 1197-1217.

5. SYSTEME DE SOUTIEN A LA PRATIQUE (SSP)

Dimensions descriptives		
Caracteristiques de l'outil		
Titre de l'outil	**Système de soutien à la pratique (SSP), 1999**	
Type d'outil	– Système d'expert d'aide à la décision. – Il existe actuellement quatre types de SSP : SSP Réception et traitement du signalement (RTS); SSP Protection immédiate; SSP Évaluation; SSP Orientation.	
Format de l'instrument et du materiel de passation	☐ grille d'observation ☐ entrevue ☒ questionnaire ☐ autre (précisez) : ___________	
Description de l'outil	But de l'outil	SSP regroupe actuellement quatre outils distincts dont certains sont obligatoires dans plusieurs CJ : – SSP RTS : Cet outil sert à éclairer et documenter la prise de décision sur la rétention du signalement dans le cadre de la Loi de la protection de la jeunesse (LPJ). – SSP Protection immédiate : Utilisé pour les services Urgence sociale, Évaluation et Application des mesures (AM). Aide à la décision de retrait ou non de l'usager de son milieu lors de mesures de protection immédiates. – SSP Évaluation : cet outil sert à éclairer et documenter la prise de décision sur la compromission de la sécurité ou du développement d'un enfant mineur dans le cadre de la LPJ. – SSP Orientation : Après avoir statué que la sécurité ou le développement de l'enfant mineur est compromis en vertu de la LPJ, cet outil aide à la décision sur le choix du régime et des mesures.
	Nombre d'items	– Le nombre d'items total à répondre est variable; il dépend des problématiques identifiées par l'intervenant. – Les items présentés doivent être cotés selon différents niveaux de gradation (généralement 4 niveaux).
	Sphères visées par l'outil	Quatre dimensions relatives à la négligence : – Négligence physique; – Négligence sur le plan de la santé; – Négligence sur le plan éducatif; – Risques sérieux de négligence.
Clientele / population visee	– S'adresse à des enfants âgés de 0 à 18 ans, soumis à la Loi sur la protection de la jeunesse.	
Procedure d'administration	– Doit être complété par l'intervenant responsable dans son bureau (directement sur l'ordinateur). – Les étapes de codification et d'interprétation sont assumées par le logiciel.	
Nature des resultats obtenus	– Outil basé sur l'intelligence artificielle qui, par ses questions à déploiement variable (arbres de décision), permet de couvrir, dans chaque dossier spécifique, les situations à évaluer, d'y appliquer les critères cliniques et juridiques prévus et de formuler une conclusion qui puisse guider l'intervenant. Cet outil, sur la base des réponses fournies, génère un rapport qui par la suite, doit être raffiné, complété et parachevé. – Système expert qui ajuste le poids des réponses et qui tient compte des changements et des critères de la loi (LPJ) (consultation expert).	

<table>
<tr><td></td><td colspan="2">– <u>Concernant la négligence</u> : cet outil n'évalue pas la négligence, mais plutôt sa correspondance aux motifs de la loi (consultation expert).
Ne donne pas des pistes d'intervention, mais permet, en se rapportant à la loi :
– De savoir si le signalement doit être retenu ou non (SSP RTS);
– De savoir s'il y a retrait ou non retrait (SSP protection immédiate);
– De savoir si les faits sont fondés ou non fondés et si la sécurité et le développement du jeune sont compromis ou non compromis (SSP évaluation);
– De connaître le choix de régime (mesures volontaires ou judiciaires) (SSP orientation).</td></tr>
<tr><td colspan="3">INFORMATIONS PRATIQUES</td></tr>
<tr><td>LANGUE</td><td colspan="2">☒ français ☐ anglais ☒ adaptation - contexte québécois ☐ autre (précisez) :</td></tr>
<tr><td rowspan="3">DUREE</td><td>Passation</td><td>RTS : 15-30 minutes officiellement / entre 15-30 selon le professionnel consulté.
Évaluation : entre 30 et 45 minutes officiellement / entre 1 heure et 2 heures selon le professionnel consulté.
Orientation : entre 60 et 90 minutes officiellement / environ 2.5 heures selon le professionnel consulté.</td></tr>
<tr><td>Correction</td><td>Se fait automatiquement par le logiciel.</td></tr>
<tr><td>Interprétation</td><td>Se fait automatiquement par le logiciel.</td></tr>
<tr><td>QUALIFICATIONS DE BASE POUR UTILISATION DE L'OUTIL</td><td colspan="2">SSP-Évaluation / SSP-Orientation : Avoir un BAC en sciences humaines ou l'équivalent et travailler en contexte PJ (É-O)
SSP RTS : Avoir un DEC ou un BAC en sciences humaines ou l'équivalent et travailler en contexte PJ (RTS/US).</td></tr>
<tr><td>EXIGENCES DE FORMATION SPECIFIQUE</td><td colspan="2">Formation d'une demi-journée.</td></tr>
<tr><td>EXIGENCES DE SUPERVISION</td><td colspan="2">Non spécifié.</td></tr>
<tr><td>MANUEL D'ACCOMPAGNEMENT</td><td colspan="2">Manuel d'accompagnement : ☒ Oui ☐ Non
Langues : ☒ français ☐ anglais</td></tr>
<tr><td>CONVIVIALITE
FACILITE D'UTILISATION</td><td colspan="2">– L'interface de l'outil est considérée peu conviviale et mal adaptée visuellement : l'utilisateur voit s'ajouter des onglets à remplir (bulles rouges) au fur et à mesure qu'il remplit son SSP, mais ne peut mesurer le temps restant, ce qui représente une source de frustration pour plusieurs intervenants (trop de listings).
– Le contenu est complet et pertinent, mais le contenant semble problématique et pourrait faire l'objet d'une réorganisation.
– La durée de formation est raisonnable; l'intervenant peut aussi bénéficier du support d'une personne pivot.
SSP Orientation :
– Le temps de passation varie énormément d'un cas à l'autre : devient alors difficile pour l'intervenant d'évaluer le temps à investir pour son SSP (« tu entres là-dedans et tu ne sais pas quand ça finit »).
– Selon les premières réponses fournies par l'intervenant, la suite des items présentés par SSP diffère : par conséquent, l'intervenant est toujours confronté à de nouveaux items, une situation qui crée un problème d'appropriation de l'outil selon l'utilisateur consulté (surtout dans le cas de SSP-Orientation).</td></tr>
<tr><td>COUT DE L'OUTIL</td><td colspan="2">ND</td></tr>
<tr><td>SE PROCURER L'OUTIL</td><td colspan="2">Tous les centres jeunesse ont l'outil.</td></tr>
</table>

NOTORIETE	
NOTORIETE DE L'OUTIL	SSP est un outil local développé spécifiquement dans le cadre de la LPJ et des centres jeunesse. Malgré son déploiement dans l'ensemble des CJ du Québec, l'outil comme tel n'a pas été validé et demeure quasi absent dans la littérature scientifique.
Nombre de fois mentionné dans les grilles de consultation[28] : ☒ CJ ___9___ ☐ CSSS ___0___ Répertorié par ☒ ACJQ ☐ Autre instance :__________________________________	

APPRECIATION DE LA QUALITE		
DIMENSIONS METHODOLOGIQUES ET PROPRIETES PSYCHOMETRIQUES	Mode de validation	– Validation par consensus expert. – Accord interjuges pour SSP-Évaluation.
	Propriétés psychométriques et démarches de validation	Au début des années 1990, le logiciel Programme d'évaluation de la situation d'un enfant signalé (PRESENS), l'ancêtre en quelque sorte du SSP tel que nous le connaissons actuellement, a fait l'objet d'une étude de validité à l'interne (étude préimplantatoire) et visait à s'assurer de la cohérence des décisions rendues par le système avec les décisions rendues par un groupe d'experts (Ajenstat & Bastien, 1990; Ajenstat & Perreault, 1992). Par contre, ces évaluations n'ont fait l'objet d'aucune publication officielle.
FORCES	– Outil rigoureux, tenant compte des impératifs de la LPJ et apte à gérer une imposante masse d'informations (complexité des problématiques et nombre de facteurs en jeu). – Le système informatique permet de générer un rapport (qui doit être retravaillé) et aussi de donner accès à d'autres outils (ACJQ, 2009). – Explore plusieurs dimensions et permet de faire un bon tour de la situation d'un jeune (grille de consultation). – SSP orientation : permet de compléter l'évaluation de la situation et de cerner le choix du régime et des mesures. Il inclut les dimensions d'évaluation des capacités parentales (grille de consultation). – Propose une liste exhaustive des dimensions à évaluer. Propose une hiérarchie des facteurs de risque. Structure l'analyse dans un arbre de décision quant à la compromission (grille de consultation). – Utile pour les intervenants plus jeunes : SSP les aide à former leur jugement professionnel et clinique, à faire des liens entre et à structurer leur pensée (ancien membre de la Table des supers utilisateurs). – Propose un langage commun (rencontre expert). – Bel effort de systématisation : le cadre légal est adéquat et bien collé aux problématiques, dimensions et items évalués (utilisateur consulté). – Qualité et détail du contenu : les documents de référence et d'accompagnement sont complets et détaillés, mais il faudrait penser à bâtir des outils « terrain » à partir de ce matériel que les intervenants pourraient utiliser dans leur cueillette de renseignements (canevas d'entrevue, outils de réflexion, outils de travail, grilles d'observations) (utilisateur consulté + ancien membre de la Table des supers utilisateurs).	
LIMITES	– Suppose une maîtrise de l'interface intervenant/informatique : fournit une décision qui est à mettre en contexte selon les autres données disponibles (ACJQ, 2009).	

[28] La « grille de consultation' » réfère à la grille remplie par les informateurs des CJ et CSSS interrogés (*N* = 60) lors de la consultation sur les besoins en matière d'outils cliniques en négligence. Dans cette grille, les répondants devaient énumérer les outils que le personnel clinique de leur établissement utilise en dépistage ou en évaluation des situations de négligence.

	– Il ne remplace pas le jugement professionnel. Il n'est pas apprécié par l'ensemble des utilisateurs en raison de son manque de nuance (grille de consultation). – Entièrement dépendant de la qualité de la cueillette de données, donc de la base de formation et d'expérience de l'intervenant (grille de consultation). – L'outil n'a pas été évalué scientifiquement; il faudrait le valider si on veut qu'il gagne en crédibilité (grille de consultation + ancien membre de la Table des supers utilisateurs). – Il est de plus en plus long à remplir; les intervenants manquent de temps (rencontre expert). – Pose le risque de faire foi de tout et d'avoir préséance sur le jugement global de l'intervenant (rencontre expert). – Pose le risque d'une utilisation strictement administrative : Certains intervenants tendent, après s'être familiarisés avec l'outil, à prendre le chemin le plus court et à donner des réponses standards pour se débarrasser de la procédure : Le SSP devient alors une exigence parmi d'autres, mais sans résultats cliniques (professionnel consulté). Principales problématiques relatives à l'administration de l'outil (particulièrement à l'Évaluation et à l'Orientation) : –L'intervenant part sur le terrain recueillir des informations sans savoir ce que SSP lui posera par la suite comme questions (chaque SSP est différent et les questions posées varient en fonction des problématiques identifiées). Par conséquent, l'intervenant qui va sur les lieux et revient faire son SSP peine à répondre à certaines questions, d'autant plus qu'il n'a pas les items (dimensions et sous dimensions du SSP) avec lui lors de sa visite sur place. Puisque toutes les questions doivent être répondues (sinon le SSP est dit « incomplet »), cela pose le risque de voir des intervenants fournir des informations faussées (inexistantes ou encore subjectives) par manque de temps pour retourner sur les lieux ou pour téléphoner la famille ou d'autres informateurs (utilisateur consulté).

REFERENCES

AJENSTAT, J., ET BASTIEN, M. (1990). *Validation d'un système expert d'aide à l'intervenant social* (Thèse de maîtrise inédite). Université du Québec à Montréal.

AJENSTAT, J., ET PERREAULT, M. (1992). *Étude de validation du Système Expert Présens* (Thèse de maîtrise inédite). Université du Québec à Montréal.

ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC (2009). *Répertoire des outils cliniques en centre jeunesse : fiches/outils cliniques.* Montréal : ACJQ.

AUTRES RÉFÉRENCES PERTINENTES

FRENETTE, M., ABRIAT, P., ET DUFAULT, D. (2002). L'intelligence artificielle et l'évaluation sociale en protection de l'enfance. Dans Durning et Gabel (dir.), *Évaluation(s) des maltraitances, rigueur et prudence*. Paris : Fleurus, coll. « Psycho-pédagogie », p. 311-367.

COLLABORATION

Certaines informations présentes dans cette fiche sont issues de :

– D'une rencontre avec une collaboratrice (consultation expert);

– D'une rencontre avec un utilisateur (professionnel consulté – CJQ-IU);

– D'une entrevue téléphonique avec un ancien membre de la table des « supers utilisateurs ».



Grilles d'analyse des outils d'évaluation des conduites parentales

1. INVENTAIRE DE STRESS PARENTAL (ISP)
PARENTING STRESS INDEX (Abidin, 1986)

DIMENSIONS DESCRIPTIVES		
CARACTERISTIQUES DE L'OUTIL		
TITRE DE L'OUTIL	**Parenting Stress Index (PSI)** (Abidin, 1986) **Inventaire de Stress Parental (ISP)** (Bigras, Lafrenière, & Abidin, 1996)	
TYPE D'OUTIL	Outil de mesure du stress dans la relation parent-enfant.	
FORMAT DE L'INSTRUMENT ET DU MATERIEL DE PASSATION	☐ grille d'observation ☐ entrevue ☒ questionnaire ☐ autre (précisez) : ___________	
DESCRIPTION DE L'OUTIL	But de l'outil	– Permet d'établir le niveau de stress du parent selon plusieurs dimensions, à l'intérieur du système parent/enfant. – Permet d'évaluer le stress parental selon la perception qu'a le parent des situations dans lesquelles il exerce son rôle parental.
	Nombre d'items	– Questionnaire de 101 items que le parent doit compléter (la version courte comprend 36 items). – Le parent doit dire à quel point il est en accord ou en désaccord sur une échelle variant de 1 à 5 points.
	Sphères visées par l'outil	Les items sont regroupés en 13 sous-échelles réparties selon deux catégories principales : une première reliée au domaine de l'enfant et une deuxième reliée au domaine du parent. **Sphères visées relatives au domaine de l'enfant :** Adaptabilité au changement, degré d'exigence envers le parent, humeur, hyperactivité, problèmes d'attention, acceptation des caractéristiques de l'enfant par le parent. **Sphères visées relatives au domaine du parent :** Sentiment de compétence parentale, attachement envers l'enfant, santé physique, isolement social, restriction des rôles, affect dépressif, relation conjugale.
CLIENTELE / POPULATION VISEE	Cet outil vise les parents d'enfants âgés entre 0 et 12 ans.	
PROCEDURE D'ADMINISTRATION	– Peut être utilisé tant dans les CJ que dans les CSSS; par des intervenants en santé, en éducation, en service de garde et en protection de l'enfance. – Ce sont les parents individuellement qui remplissent le formulaire. Dans certains cas, l'intervenant peut poser les questions et vérifier leur compréhension.	
NATURE DES RESULTATS OBTENUS	– Les résultats et le score sont calculés sur la grille du feuillet réponse de l'ISP : une fois le questionnaire complété, un score est calculé sur chacune des sous-échelles pour ensuite produire un score global. Ce score est transformé en rang centile qui indique dans quelle mesure le stress parental est faible, normal ou élevé (à partir du 85e rang centile). Il est possible que des parents obtiennent un résultat normal à l'échelle globale et un résultat plus élevé ou plus bas pour une sous-échelle (Chamberland *et al.*, 2010). – Selon Sheppard *et al.* (2010), tous les parents dont le score individuel se situe au-delà du 90e percentile doivent être considérés comme des « cas » (niveau cliniquement significatif), c'est-à-dire qu'en termes de stress parental, leur situation est assez sérieuse pour considérer une intervention professionnelle.	

Informations pratiques		
Langue	☒ français ☒ anglais ☒ adaptation - contexte québécois ☐ autre (précisez) :	
Duree	Passation	de 20 minutes à 40 minutes
	Correction	15 minutes
	Interprétation	45 minutes à 1 heure
Qualifications de base pour utilisation de l'outil	Niveau de scolarité recommandé : une scolarité de quatre ans en psychologie, en médecine, en neurologie, en ergothérapie ou dans un domaine familier avec l'administration de tests psychologiques.	
Exigences de formation specifique	– Formation de 2 heures. – Selon les professionnels consultés, la formation est offerte par un intervenant du CSSS et un professeur et dure 2 jours.	
Exigences de supervision	Lors des premières administrations, une supervision d'une durée d'une heure environ est indiquée pour vérifier la passation et l'interprétation.	
Manuel d'accompagnement	Manuel d'accompagnement : ☒ Oui ☐ Non Langues : ☒ français ☒ anglais	
Convivialite Facilite d'utilisation	– L'outil est simple à utiliser pour la passation, plus difficile pour l'interprétation et la rédaction. – Outil plus facile à utiliser lorsque seul avec le parent concerné. – Guide ardu et peu pratique; outils de formation facilitant pour les différentes étapes. – Besoin de plus de supervision au début de l'utilisation.	
Cout de l'outil	– Pour le kit en français (290 $US) : inclut un manuel, 10 livrets maternels et 10 paternels + 25 formulaires de réponse. – Pour le manuel seulement : 124 $. – Pour un paquet de livrets réutilisables (maternels ou paternels) : 62 $. – Pour 25 formulaires de réponse : 68 $.	
Se procurer l'outil	– *Psycological Assessment Resources inc* : www3.parinc.com/products/product.aspx?productid=PSI-FRENCAN – *Multi-Health Systems :* 1 800 268-6011.	

Notoriete	
Notoriete de l'outil	L'ISP est un outil d'évaluation du stress parental connu et abondamment utilisé par les chercheurs et praticiens. Il a fait l'objet de plusieurs études de validité, tant en contexte anglophone qu'en contexte francophone (québécois).
Nombre de fois mentionné dans les grilles de consultation[29] : ☒ CJ ___4___ ☒ CSSS ___7___ Répertorié par ☒ ACJQ ☐ Autre instance :__________________________________	

Appreciation de la qualite		
	Mode de validation	– Validation empirique. – Validé en contexte québécois (version longue).

[29] La « grille de consultation » réfère à la grille remplie par les informateurs des CJ et CSSS interrogés (n=60) lors de la consultation sur les besoins en matière d'outils cliniques en négligence. Dans cette grille, les répondants devaient énumérer les outils que le personnel clinique de leur établissement utilise en dépistage ou en évaluation des situations de négligence.

DIMENSIONS METHODOLOGIQUES ET PROPRIETES PSYCHOMETRIQUES	Propriétés psychométriques et démarches de validation	– La validité du *Parenting Stress Index*, version originale, a été démontrée par plusieurs recherches (population de mères dépressives et de mères d'enfants agressifs, population de mères maltraitantes et auprès de parents d'enfants handicapés. – La fidélité de l'instrument a été démontrée pour toutes les sous-échelles, pour chacun des deux domaines (parent, enfant) ainsi que pour le score total (Abidin & Burke, 1978). – La validité en contexte afro-américain : Une étude, destinée à vérifier les propriétés de l'Indice de Stress Parental, a été menée auprès d'un échantillon de mères Afro-américaines. Les auteurs ont sélectionné des items des échelles et les ont administrés dans le but d'évaluer la validité concourante et la validité construite de l'ISP. Les résultats ont montré la haute convergence de l'ISP avec d'autres mesures de stress maternel (Hutcheson & Black, 1996). – La version française de l'Indice de Stress Parental a été validée notamment à l'intérieur des recherches de Lacharité, Éthier et Piché (1992), de Bigras, Lafrenière et Abidin (1996) et de Bigras, Lafrenière et Dumas (1996). – Lacharité, Éthier et Couture (1999) ont validé les qualités discriminantes de l'outil auprès d'un échantillon de dyades mère-enfant recevant des services en protection de la jeunesse. Ils ont aussi montré que l'outil permettait de détecter les cas de mauvais traitements dans une population de mères provenant de milieux défavorisés. – **Validation de la version courte** (anglais) par Haskett *et al.* (2006); McKelvey *et al.* (2009) et Whiteside-Mansell *et al.* (2007). – **La version courte (français) :** a été utilisée dans le cadre du projet AIDES (Chamberland *et al.,* 2010), mais n'a pas encore fait l'objet d'une étude de validité ou d'une traduction officielle.
FORCES	– Peut s'adapter à tout type de clientèle (grille de consultation). – L'interprétation des résultats est simple et facile (grille de consultation). – Permet au parent de visualiser, à l'aide d'un tableau, le portrait de la situation (grille de consultation). – Permet de mieux cibler les problèmes parentaux parmi un large éventail de difficultés possibles et de départager ce qui, dans ces difficultés, appartient au parent ou à l'enfant (Paquette, 2008, p. 91). – Situe bien les sources et la nature du stress parental. Détermine l'intensité du stress et si le stress ressenti par le parent est davantage occasionné par les caractéristiques propres de l'enfant ou par ses perceptions en tant que parent (ACJQ, 2009, p. 40). – L'analyse permet de mieux cibler et d'ajuster l'intervention (ACJQ, 2009, p. 40) : l'outil évalue et donne ensuite les angles avec lesquels travailler (grille de consultation). – Permet le dépistage précoce des stress qui favorisent le développement de la vulnérabilité (grille de consultation).	
LIMITES	– Nécessité de considérer d'autres dimensions pour évaluer la maltraitance : Lacharité *et al.* (1999, p. 219) mentionnent que « l'ISP s'avère être un outil efficace d'identification des cas individuels de mauvais traitements, mais que cette identification « nécessite que le clinicien ou le praticien social tienne compte d'un ensemble de facteurs personnels (autant chez le parent que chez l'enfant), familiaux et contextuels […] Dans ce contexte, l'ISP apparaît être un outil qui, combiné à	

	d'autres types d'information, peut contribuer à mieux identifier et diagnostiquer les cas de mauvais traitements ». – Un peu long et le parent peut se désinvestir en raison du temps de passation. Plusieurs phrases (double négation) qui ne sont pas toujours faciles à saisir. Les nuances de l'échelle de cotation 1 à 5 sont très subtiles et doivent être clarifiées avec les parents; on doit également vérifier en cours de passation la compréhension de ces derniers (ACJQ, 2009, p. 40). Ainsi, le client a besoin de support pour la compréhension et la passation si on veut compléter l'outil en entier (Expert consulté). – Certaines questions peuvent être confrontantes et nécessitent une capacité d'introspection de la part du parent, donc l'utilisation peut être plus difficile avec une clientèle plus vulnérable (grille de consultation). – L'analyse des résultats est complexe et l'interprétation demande le soutien d'un(e) psychologue qui a été formé(e) (grille de consultation; mais l'expert consulté remet en question cette affirmation).

REFERENCES

ABIDIN, R. R. (1986). *Parenting Stress Index –Manual*. Charlottesville : Pediatric Psychology Press.

ABIDIN, R. R., ET BURKE, W. T. (1978). *The Development of the Parenting Stress Index*, Charlottesville : Pediatric Psychology Press.

ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC (2009). *Répertoire des outils cliniques en centre jeunesse : fiches/outils cliniques.* Montréal : ACJQ.

BIGRAS, M., LAFRENIÈRE, P. J., ET ABIDIN, R. R. (1996). *Indice de stress parental : Manuel francophone en complément de l'édition américaine*. Toronto : Multi-Health Systems.

BIGRAS, M., LAFRENIERE, P. J., ET DUMAS, J. E. (1996). Discriminant validity of the parent and child scales of the Parenting Stress Index. *Early Education and Development, 7*(2), p. 167-178.

CHAMBERLAND, C., LACHARITÉ, C., CLÉMENT, M. E., POIRIER, M. A., LEMAY, L., DUFOUR, S., ET LESSARD, D. (2010). *Recherche évaluative de l'initiative AIDES (Action intersectorielle pour le développement des enfants et de leur sécurité). Rapport préliminaire d'évaluation 2*. GRAVE / ARDEC, Université de Montréal.

HASKETT, M. E., AHERN, L. S., WARS, C. S., ET ALLAIRE, J. C. (2006). Factor Structure and Validity of the Parenting Stress Index-Short Form. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *35*(2), p. 302-312.

HUTCHESON, J. J., ET BLACK, M. M. (1996). Psychometric properties of the Parenting Stress Index in a sample of low-income African-American mothers of infants and toddlers. *Early Education and Development*, *7*(4), p. 381-400.

LACHARITE, C., ETHIER, L., ET COUTURE, G. (1999). Sensibilité et spécificité de l'Indice de stress parental face à des situations de mauvais traitements d'enfants. *Revue canadienne des sciences des comportements*, *31*(4), p. 217-220.

LACHARITE, C., ETHIER, L., ET PICHE, C. (1992). Le Stress parental chez les mères d'enfants d'âge préscolaire : validation et normes québécoises pour l'Inventaire de Stress Parental. *Santé mentale au Québec*, *17*(2), p. 183-203.

MCKELVEY, L, M., WHITESIDE-MANSELL, L., FALDOWSKI, R. A., SHEARS, J., AYOUB, C., ET HART, A. D. (2009). Validity of the Short Form of the Parenting Stress Index for Fathers of Toddlers. *Journal of Child and Family Studies*, *18*(1), p. 102-111.

PAQUETTE, D. (2008). Le comportement parental. Dans G. M. TARABULSY, M. A. PROVOST, S. DRAPEAU, ET E. ROCHETTE (dir.). *L'évaluation psychosociale auprès des familles vulnérables* (p. 77-96). Québec : Presses de l'Université du Québec.

SHEPPARD, M., MCDONALD, P., ET WELBOURNE, P. (2010). The Parent Concerns Questionnaire and *Parenting Stress Index* : comparison of two Common Assessment Framework-compatible assessment instruments. *Child and Family Social Work, 15*(3), p. 345-356.

WHITESIDE-MANSELL, L., AYOUB, C., MCKELVEY, L., FALDOWSKI, R. A., HART, A., ET SHEARS, J. (2007). Parenting stress of low-income parents of toddlers and preschoolers : Psychometric properties of a short form of the Parenting Stress Index. *Parenting : Science and Practice*, *7*(1), p. 27-56.

AUTRES RÉFÉRENCES PERTINENTES

ÉTHIER, L. S., LAFRENIÈRE, P. J. (1993). Le stress des mères monoparentales en relation avec l'agressivité de l'enfant d'âge préscolaire. *Journal International de Psychologie*, *28*(3), p. 273-289.

LACHARITÉ, C. (1993). *Traduction de la version courte de l'Indice de Stress Parental.* Université du Québec à Trois-Rivières.

COLLABORATION
Certaines informations présentes dans cette fiche sont issues d'un échange avec deux professionnels, dont l'un du CJ Abitibi-Rouyn et l'autre du CSSS Rouyn-Noranda.

2. INVENTAIRE DU POTENTIEL D'ABUS
CHILD ABUSE POTENTIAL INVENTORY (CAPI), Milner, 1986, 1994)

Dimensions descriptives		
Caracteristiques de l'outil		
Titre de l'outil	**Child abuse potential inventory (CAPI)** (Milner, 1986, 1994) **Inventaire du potentiel d'abus** (version française) (Palacio-Quintin & Palacio-Quintin, 1992).	
Type d'outil	Outil de dépistage des risques de mauvais traitements	
Format de l'instrument et du materiel de passation	☐ grille d'observation ☐ entrevue ☒ questionnaire ☐ autre (précisez) : ___________	
Description de l'outil	But de l'outil	Le CAPI a été conçu comme un outil de dépistage des mauvais traitements envers les enfants. Il sert à différencier les abuseurs des non-abuseurs dans l'investigation du potentiel d'abus des enfants. NOTE *: Les auteurs s'entendent pour dire que cet outil peut détecter les abus physiques, mais il y a une divergence de points de vue en ce qui concerne la capacité du CAPI à détecter les autres formes d'abus ou encore, la négligence.*
	Nombre d'items	– 160 items : Les items sont formulés sous forme d'énoncés et le répondant se dit en accord ou en désaccord avec chacun d'entre eux. –Version courte : contient 33 items.
	Sphères visées par l'outil	– Détresse (Distress); – Rigidité (Rigidity); – Tristesse (Unhappiness); – Problèmes avec les enfants (Problems with Child and Self); – Problèmes avec la famille (Problems with Family); – Problèmes avec les autres (Problems From Others).
Clientele / population visee	NOTE : *Concernant la clientèle visée, une certaine confusion est notée : dépendamment des auteurs consultés, le CAPI vise tantôt des parents déjà signalés à la protection de l'enfance, tantôt tout autre type de parent suspecté d'abuser physiquement de son enfant.*	
Procedure d'administration	L'outil est complété par le parent/figure parentale.	
Nature des resultats obtenus	– La comptabilisation des réponses conduit à l'attribution d'un score global de potentiel d'abus et à six scores pour chacune des sous-échelles. De plus, le CAPI inclut **trois échelles de validité** : the *Lie* (L) scale, the *Random response scale* (RR) et the *Inconsistency scale* (IC), lesquelles sont combinées pour créer trois indices de validité : « Faking good », « Faking Bad » et « Random response » (Carr *et al.,* 2005). – Un score situé dans la catégorie « tendances » est considéré comme le point à partir duquel l'abus ou la négligence a une probabilité significative de se produire. Plus le score au *CAPI* est élevé, plus l'abus ou la négligence est considéré comme ayant un potentiel d'être chronique (Chamberland *et al.,* 2010).	

INFORMATIONS PRATIQUES		
LANGUE	☒ français ☒ anglais ☒ adaptation - contexte québécois ☐ autre (précisez) :	
DUREE	Passation	environ 20 minutes
	Correction	ND
	Interprétation	ND
QUALIFICATIONS DE BASE POUR UTILISATION DE L'OUTIL	BAC en psychologie, service social ou domaine connexe	
EXIGENCES DE FORMATION SPECIFIQUE	Formation d'environ 4 heures	
EXIGENCES DE SUPERVISION	ND	
MANUEL D'ACCOMPAGNEMENT	Manuel d'accompagnement : ☒ Oui ☐ Non Langues : ☐ français ☒ anglais	
-CONVIVIALITE -FACILITE D'UTILISATION	– Peut être utilisé par plusieurs types d'intervenants. – Facile à administrer et pointage facile à calculer. – Requiert peu de formation.	
COUT DE L'OUTIL	– CAP Inventory Introductory Kit : $180.00 (incluant) : CAP Inventory Manual, 2nd Ed., An Interpretive Manual for the CAP Inventory, 10 Inventory Form VI Booklets, 10 Raw Score Summary Sheets, 10 Inconsistency Scale Scoring Sheets, and 1 Complete Scoring Template Set). – The Child Abuse Potential Inventory Manual, 2nd Ed. : 48.00 $. – An Interpretive Manual for the Child Abuse Potential Inventory : 32.00 $. – CAP Inventory Form VI Booklets (pkg/10) : 28.00 $. – CAP Raw Score Summary Sheets (pkg/10) : 5.00 $. – CAP Inconsistency Scale Scoring Sheets (pkg/10) : 5.00 $. – CAP Complete Scoring Template Set : 85.00 $. – Les scores peuvent être calculés à la main ou à l'aide d'un logiciel informatique.	
SE PROCURER L'OUTIL	Psychological Assessment Resources (PAR) : – Site web : http ://www4.parinc.com/Products/Product.aspx?ProductID=CAP. – Téléphone : (800) 331-8378 / Fax : (800) 727-9329.	

NOTORIETE	
NOTORIETE DE L'OUTIL	Le CAPI est sans doute l'un des outils les plus utilisés en matière de négligence ou de mauvais traitements envers les enfants. Il jouit d'une grande notoriété et a fait l'objet de plusieurs études, particulièrement aux États-Unis.
Nombre de fois mentionné dans les grilles de consultation[30] : ____0____ ☐ CJ ☐ CSSS Répertorié par ☐ ACJQ ☐ Autre instance :________________________________	

[30] La « grille de consultation » réfère à la grille remplie par les informateurs des CJ et CSSS interrogés (*N* = 60) lors de la consultation sur les besoins en matière d'outils cliniques en négligence. Dans cette grille, les répondants devaient énumérer les outils que le personnel clinique de leur établissement utilise en dépistage ou en évaluation des situations de négligence.

APPRECIATION DE LA QUALITE		
DIMENSIONS METHODOLOGIQUES ET PROPRIETES PSYCHOMETRIQUES	Mode de validation	Validation par standardisation empirique.
	Propriétés psychométriques et démarches de validation	– Les **premières études de validation de l'outil** : Milner (1986); Kaufman et Walker (1986); Milner, Gold, Ayoub, et Jacewitz (1984) : **Validité prédictive :** il est possible de prévoir que dans un groupe de parents « à risque » de mauvais traitements environ 30 à 50 % des parents signalés auront un score plus élevé que le point de coupure proposé (Milner, 1990). – Milner *et al.* (1984) ont conduit une étude pour évaluer la validité prédictive du CAPI avec des parents jugés à risque : ils ont établi une corrélation significative entre un score élevé au CAPI et la confirmation d'un signalement subséquent pour abus physique sur un enfant (le CAPI a réussi à identifier dans l'échantillon d'étude tous les parents qui plus tard avaient abusé physiquement leur enfant, mais il a aussi faussement identifié des parents qui par la suite n'ont pas abusé physiquement leur enfant). À ce titre, Milner (1986) fait une mise en garde et souligne que le CAPI comporte des limites prédictives et qu'il devrait être utilisé conjointement à d'autres outils de dépistage et d'évaluation (entrevues, étude de l'histoire de vie, observations directes, etc.). – Le CAPI possède une certaine validité pour prédire la violence physique, mais n'est pas sensible pour prédire d'autres formes d'abus ou de négligence (Taylor, Baldwin, & Spencer, 2008). **Validation de la version courte :** (Ondersma *et al.,* 2005; Counts *et al.,* 2010) **Validation de la version française** (Boulet, Éthier, & Couture 2004) : – L'outil a été utilisé dans le contexte d'une étude portant sur les mères négligentes chroniques. Le score obtenu au CAPI a permis de classer les participantes (*N* = 20) dans les catégories « négligence transitoire » et « négligence chronique » : « Ont été considérées transitoires les mères dont le score à l'échelle globale du CAPI se dit normal (166 et moins selon les normes proposées par Milner, 1980) et dont le dossier en protection est inactif depuis plus de quatre mois. Les mères possédant un potentiel d'abus élevé au CAPI (plus de 166, correspondant au centile 95) furent classées dans la catégorie chronique ».
FORCES	– A été étudié et validé par plusieurs auteurs; est largement utilisé et a démontré sa capacité à cibler les facteurs de risque d'abus physiques chez les parents. – Outil qui présente de bonnes propriétés psychométriques et une littérature substantielle qui appuie sa validité; outil qui évalue une variété de domaines reliés à la littérature empirique et théorique sur l'abus physique envers les enfants. – Traduit en français par Palacio-Quintin et Palacio-Quintin (1992). – L'outil comprend trois sous échelles qui permettent de détecter les biais dans les réponses.	

LIMITES	– Contient certains items à double négation qui sont difficiles à comprendre pour le parent. (Taylor *et al.,* 2008). – Certains chercheurs, dont Taylor *et al.* (2008) et Chaffin et Valle (2003), critiquent la lourdeur de l'outil : l'outil est décourageant pour le parent avec ses 4 pages et ses 160 items. – Certains items sont personnels, voire intimes (ex. : « j'ai une bonne vie sexuelle »). – Au niveau du pointage : tous les items n'ont pas le même poids et l'intervenant doit aussi calculé les items relatifs aux échelles de validité, ce qui rend le calcul des scores plus complexe. De plus, le poids des items pourrait être revu puisqu'il est le même depuis que l'outil a été développé. Selon le National Child Traumatic Stress Network (USA) : – L'outil est difficilement utilisable par d'autres professionnels que ceux des services de protection de l'enfance (limite à son utilisation). – Outil qui mesure les risques d'abus physique, mais qui ne prédit pas d'autres types d'abus. – Doit être utilisé comme un outil parmi d'autres et non comme le seul prédicateur d'abus. – Certains items mettent le parent sur la défensive et même si les échelles de validité permettent de détecter les patterns de réponses invalides, cela laisse entier le problème des questionnaires invalides. Chaffin et Vallle (2003) : –Étude réalisée auprès de 459 parents participant à un programme de support et de préservation de la famille (principalement des mères monoparentales à faible revenu) et présentant plusieurs facteurs de risque. Le tiers des participants présentaient un score élevé au CAPI. Dans un suivi réalisé deux ans plus tard dans les dossiers de la protection de l'enfance, les auteurs ont établi de très faibles corrélations et ont remis en question l'utilisation largement répandue des mesures de prédiction du risque. McNary et Black (2003) : – Selon les auteurs, malgré le fait que le CAPI présente une certaine validité dans sa capacité à prédire l'abus physique, il n'est pas sensible aux autres formes d'abus, comme la négligence ou l'abus sexuel. – De plus, le CAPI n'est pas efficace pour établir une corrélation entre le changement dans le score et le changement dans les comportements, c'est-à-dire qu'il ne permet pas d'associer un changement de score à un changement de comportement, ni d'établir l'efficacité ou l'inefficacité des interventions en se référant aux scores.

REFERENCES

BOULET, M. C., ÉTHIER, L., ET COUTURE, G. (2004). Événements de vie et traumatismes chez les mères négligentes chroniques. *Santé mentale au Québec, 29*(1), p. 221-242.

CARR, G. D., MORETTI, M. M., ET CUE, B. J. H. (2005). Evaluating parenting capacity : Validity problem with the MMPI-2, PAI, CAPI, and rating of child adjustment. *Professional psychology : Research and practice, 36*(2), p. 188-196.

CHAFFIN, L., ET VALLE, M. A. (2003). Dynamic prediction characteristics of the child abuse potential inventory. *Child abuse and neglect, 27*, p. 463-481.

CHAMBERLAND, C., LACHARITÉ, C., CLÉMENT, M. È, DUFOUR, S., ET LEMAY, L. (2010). *Recherche évaluative de l'initiative AIDES, Rapport préliminaire d'évaluation 2*. Présenté à La Stratégie nationale de prévention du crime du gouvernement du Canada en collaboration avec le ministère de la Sécurité publique du Québec.

COUNTS, J. M., BUFFINGTON, E. S., CHANG-RIOS, K., RASMUSSEN, H. N., ET PREACHER, K. J. (2010). The development and validation of the protective factors survey : A self-report measure of protective factors against child maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 34*, p. 762-772.

KAUFMAN, K. L., ET WALKER, C. E. (1986). The Child Abuse Potential Inventory. Dans D. J. KEYSER ET R. C. SWEETLAND (dir.), *Test critiques*, *5* (p. 55-64). Kansas City, MO: Test Corporation of America.

McNARY S. W., ET BLACK, M. M. (2003). Use of the Child Abuse Potential Inventory. *Child Abuse and Neglect,* 27, p. 459-461.

MILNER, J. (1990). *An interpretive Manual for the Child Abuse Potential Inventory.* DeKalb, IL : Psytec Inc.

MILNER, J. S. (1980). *The child abuse potential inventory : Manual.* Webster, NC : Psytec.

MILNER, J. S. (1986). *The child abuse potential inventory : Manual* (2e éditon). Webster, NC : Psytec.

MILNER, J. S. (1994). Assessing physical child abuse risk : The Child Abuse Potential Inventory (CAPI). *Clinical Psychology Review*, *14*, p. 547-583

MILNER, J. S., GOLD, R. G., AYOUB, C., ET JACEWITZ, M. M. (1984). Predictive validity of the Child Abuse Potential Inventory. J*ournal of Consulting and Clinical Psychology*, *52*, p. 879-884.

ONDERSMA S. J., CHAFFIN, M. J., MULLINS, S. M., ET LEBRETON, J. M. (2005). A Brief Form of the Child Abuse Potential Inventory : Development and Validation. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 34*(2), p. 301-311.

PALACIO-QUINTIN, V., ET PALACIO-QUINTIN, E. (1992). *Version française du questionnaire CAPI de Milner*, (Document inédit) GREDEF. Trois-Rivières : Université du Québec à Trois-Rivières.

TAYLOR, J., BALDWIN, N., ET SPENCER, N. (2008). Predicting child abuse and neglect : ethical, theoretical and methodological challenges. *Journal of Clinical Nursing*, *17*, p. 1193-1200.

AUTRES RÉFÉRENCES PERTINENTES

GERSHATER-MOLKO, R. M., LUTZKER, J. R., ET SHERMAN, J. A. (2003). Assessing child neglect. *Aggression and violent behaviour, 8*, p. 563-585.

LOUNDS, J. J., BORKOWSKI, J. G., ET WHITMAN, T. L. (2004). Reliability and Validity of the Mother-Child Neglect Scale. *Child Maltreatment*, *9*(4), p. 371-381.

MILNER, J. S. (1989). Additional cross-validation of the Child Abuse Potential Inventory. *Psychological Assessment : A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *1*(3), p. 219-223.

MILNER, J. S., GOLD, R. G., ET WIMBERLEY, R. C. (1986). Prediction and explanation of child abuse : Cross validation of the Child Abuse Potential Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(6), p. 865-866.

PETERS, R., ET BARLOW, J. (2003). Systematic review of instruments designed to predict child maltreatment during the antenatal and postnatal periods. *Child abuse review, 12*, p. 416-439.

RITTNER, B., ET WODARSKI, J. S. (1995). Clinical assessment instruments in the treatment of child abuse and neglect. *Early Child Development and Care*, *106*(1), p. 43-58.

ROBERTSON, K. R., ET MILNER, J. S. (1985). Convergent and discriminant validity of the Child Abuse Potential Inventory. *Journal of Personality Assessment, 49*(1), p. 86-88.

STOWMAN, S. A., ET DONOHUE, B. (2005). Assessing child neglect : A review of standardized measures. *Aggression and Violent Behavior, 10*, p. 491-512.

STRAUS, M. A., ET KAUFMAN KANTOR, G. (2005). Definition and measurement of neglectful behavior : some principles and guidelines. *Child abuse and neglect, 29*, p. 19-29.

ANNEXE 6

Grilles d'analyse des outils d'évaluation de l'environnement social et familial

1. FAMILY ASSESSMENT FORM, Children's Bureau (USA)

DIMENSIONS DESCRIPTIVES		
CARACTERISTIQUES DE L'OUTIL		
TITRE DE L'OUTIL	**Family Assessment Form,** Children's Bureau (USA)	
TYPE D'OUTIL	Outil d'évaluation des besoins	
FORMAT DE L'INSTRUMENT ET DU MATERIEL DE PASSATION	☒ grille d'observation ☒ entrevue ☐ questionnaire ☐ autre (précisez) : ___________	
DESCRIPTION DE L'OUTIL	But de l'outil	– Le FAF a été développé au début des années 80 par le Children's Bureau, une agence américaine privée sans but lucratif qui se spécialise dans le traitement et la prévention des abus envers les enfants. – L'outil sert à évaluer le fonctionnement familial : il est utilisé durant l'évaluation initiale et ensuite pour des mises à jour périodiques et à la fermeture du dossier. – Le FAF est utilisé pour assister le travail d'évaluation des familles dont l'enfant ou les enfants sont à risque de placement; sert à développer le plan de services et permet d'enregistrer les progrès. – Le FAF suit et identifie les zones préoccupantes et les améliorations du fonctionnement familial.
	Nombre d'items	– L'outil comprend au total 59 items (chaque dimension comprend un nombre précis d'items). – Chaque item présente des éléments à observer plus des questions pouvant être posées aux membres de la famille. **Informations sur la cotation** : Les items du FAF doivent être cotés sur une échelle à niveau de 9 points (1, 1.5, 2, 2.5, 3, 3.5, 4, 4.5, 5).
	Sphères visées par l'outil	L'outil prend en compte **6 dimensions soient** : – Les conditions de vie (living conditions) : 6 items; – Les conditions financières (financial conditions) : 5 items; – Le support aux parents (support to caregivers) : 6 items; – Les interactions enfant-parents (caregivers child interactions) : 12 items; – Stimulation et développement (developmental stimulation) : 4 items; – Les interactions entre les parents (interaction between caregivers) : 6 items. – **Deux dimensions additionnelles** sont utilisées dans un but d'évaluation seulement : histoire du parent (caregiver history) et les caractéristiques du parent (caregiver personal characteristics) (comprend 20 items).
CLIENTELE / POPULATION VISEE	– L'outil vise les familles dont l'enfant ou les enfants sont à risque de placement, donc les familles suivies par les services sociaux. – L'outil doit être complété par l'intervenant désigné en collaboration avec les membres de la famille.	
PROCEDURE D'ADMINISTRATION	– L'outil suppose que l'intervenant engagé auprès de la famille concernée possède une connaissance de ladite famille et qu'il ait développé avec elle des rapports de confiance (les expériences menées démontrent qu'il faut 3-4 rencontres avec la famille pour compléter le FAF).	

	– L'outil peut être utilisé de manière formelle et mener à des résultats chiffrés, mais peut aussi être utilisé comme grille d'observation : « Le FAF fournit aux intervenants une façon structurée de documenter l'évaluation psychosociale du fonctionnement familial. Même s'il est souvent utilisé sous forme d'interview structuré pour des enquêtes de recherche, il a d'abord été conçu comme un guide d'observation pour l'évaluation psychosociale de familles » (site FAF).	
NATURE DES RESULTATS OBTENUS	– Après avoir complété l'évaluation de la famille, l'intervenant rédige un bref portrait psychosocial qui inclut tous les scores pour chacune des zones nominales et une liste des forces et des problèmes de la famille ainsi que des préoccupations soulevées. Ensuite, l'intervenant revoit le FAF, prend note des items qui ont été cotés plus faibles (3 ou moins) et développe un plan de services basé sur les items qui semblent les plus importants à travailler pour l'instant (McCroskey, Nishimoto, & Subramanian, 1991, p. 23-24). – À la fin de la période de service, ou à d'autres intervalles considérés appropriés selon un programme particulier, les intervenants évaluent la famille de nouveau. La comparaison des scores (début-fin) fournit des données sur les changements acquis pendant la période de service.	
INFORMATIONS PRATIQUES		
LANGUE	☐ français ☒ anglais ☐ adaptation - contexte québécois ☐ autre (précisez) :	
DUREE	Passation	Environ 1 heure au total (exige au préalable de 3 à 4 contacts avec la famille) : après chacun de ces contacts, l'intervenant remplit différentes sections du FAF.
	Correction	ND
	Interprétation	ND
QUALIFICATIONS DE BASE POUR UTILISATION DE L'OUTIL	ND	
EXIGENCES DE FORMATION SPECIFIQUE	ND	
EXIGENCES DE SUPERVISION	ND	
MANUEL D'ACCOMPAGNEMENT	Manuel d'accompagnement : ☒ Oui ☐ Non Langues : ☐ français ☒ anglais	
CONVIVIALITE FACILITE D'UTILISATION	ND	
COUT DE L'OUTIL	Voir détails : http ://familyassessmentform.com/page.php?id=42	
SE PROCURER L'OUTIL	Childrens Bureau Headquarters 1910 Magnolia Avenue Los Angeles, CA 90007-1220 213-342-0100 http ://familyassessmentform.com/index.php	

NOTORIETE	
NOTORIETE DE L'OUTIL	L'outil a été validé en contexte américain dans les années 1990. Par contre, il ne semble pas être utilisé au Québec : il n'a pas traduit en français et n'a fait l'objet d'aucune évaluation ou étude de validation.
Nombre de fois mentionné dans les grilles de consultation[31] : ☐ CJ ___0___ ☐ CSSS ___0___ Répertorié par ☐ ACJQ ☐ Autre instance :_________________________________	

APPRECIATION DE LA QUALITE		
DIMENSIONS METHODOLOGIQUES ET PROPRIETES PSYCHOMETRIQUES	Mode de validation	– Validation empirique; – Aucune validation en contexte québécois.
	Propriétés psychométriques et démarches de validation	Les études qui ont validé l'outil en contexte américain : – Validité basée sur l'analyse des facteurs / corrélation de sous échelles du FAF avec d'autres outils / fiabilité des résultats entre les évaluateurs (coefficient d'objectivité) : Meezan (2001); McCroskey et Meezan (1997); – Fiabilité inter items (Chronbach's Alpha) (Meezan et O'Keefe, 1998). D'autres études (Meezan, 2001) utilisant le FAF tant comme forme d'entretien que comme instrument de mesure ont montré des coefficients alpha semblables.
FORCES	Outil qui s'inscrit dans une approche écologique et qui prend en compte plusieurs dimensions de la vie de l'enfant et de sa famille. Selon McCroskey, Nishimoto, et Subramanian (1991), ce qui distingue principalement le FAF des autres outils d'évaluation des familles desservies par les services sociaux, son orientation écologique et ses bases pratiques. *Informations tirées du site du Family Assesment Form :* – Utilisé comme une structure pour l'évaluation, le FAF permet aux intervenants de développer une relation avec la famille et d'utiliser leur propre jugement sur comment aborder les items plus sensibles. Ainsi, l'outil peut être intégré à l'approche de l'intervenant au lieu d'être au centre des entretiens et échanges avec la famille. – Le FAF a été développé spécifiquement pour les intervenants étant moins exposés aux procédures d'évaluation systématiques. Il est particulièrement utile dans des services à domicile, dans la mesure où il aide les intervenants à structurer leur évaluation dans un environnement familial plus complexe. – Le FAF est tout d'abord un instrument de pratique, développé par les praticiens et sensible aux besoins des intervenants. – Outil qui définit et mesure le fonctionnement de la famille dans une perspective écologique, évaluant le contexte aussi bien que les interactions entre les membres de la famille et leurs environnements. – Il documente les forces familiales aussi bien que les préoccupations, supportant les approches pratiques qui reconnaissent et construisent sur les forces d'une famille et sur son potentiel de résilience. – Il est conçu pour servir des buts multiples dans un cadre d'agence et permet d'intégrer l'évaluation familiale, la planification de service, la documentation des cas et l'évaluation de programme.	

[31] La « grille de consultation » réfère à la grille remplie par les informateurs des CJ et CSSS interrogés (*N* = 60) lors de la consultation sur les besoins en matière d'outils cliniques en négligence. Dans cette grille, les répondants devaient énumérer les outils que le personnel clinique de leur établissement utilise en dépistage ou en évaluation des situations de négligence.

LIMITES	– Demande du temps : l'intervenant doit bien connaître la famille puisque de trois à quatre rencontres avec celle-ci sont nécessaires pour compléter l'outil. – Aucune autre information supplémentaire trouvée sur les faiblesses de l'outil.

REFERENCES

Site Internet consacré exclusivement au *Family Assessment Form* (contient plusieurs informations) : http ://www.familyassessmentform.com/support_faq.html

McCROSKEY, J., ET MEEZAN, W. (1997). *Family Preservation and Family Functioning*. Washington DC : CWLA Press.

McCROSKEY, J., NISHIMOTO, R., ET SUBRAMANIAN., K. (1991). Assessment in family support programs : Initial reliability and validity testing of the Family Assessment Form. *Child Welfare*, *70*, p. 19-33.

MEEZAN, W. (2001). *The Family Assessment Form : Further evidence of its use in home-based services.* Paper presented at the National Conference on Research in Child Welfare, Child Welfare League of America.

MEEZAN, W., ET O'KEEFE, M. (1998). Multi-family group therapy : Impact on family functioning and child behavior. *Families in Society*, *79*(1), p. 32-44.

AUTRES RÉFÉRENCES PERTINENTES

McCROSKEY, J., SLADEN, S. ET MEEZAN, W. (1997). *Family Assessment Form : A Practice Based Approach to Assessing Family Functioning*. Washington DC : CWLA Press.

2. FAMILY NEEDS SCALE

DIMENSIONS DESCRIPTIVES		
CARACTERISTIQUES DE L'OUTIL		
TITRE DE L'OUTIL	**Family Needs Scale**, Dunst *et al.* (1988)	
TYPE D'OUTIL	Outil de dépistage et d'évaluation des besoins	
FORMAT DE L'INSTRUMENT ET DU MATERIEL DE PASSATION	☐ grille d'observation ☐ entrevue ☒ questionnaire ☐ autre (précisez) : ___________	
DESCRIPTION DE L'OUTIL	But de l'outil	Cet outil sert à mesurer les besoins des familles en matière d'aide et de ressources. L'outil est spécifiquement conçu à des fins cliniques pour utilisation par des intervenants.
	Nombre d'items	41 items. Chaque item doit être coté sur une échelle à niveaux de 1 à 5 : 1= presque jamais; 2= rarement; 3= parfois; 4= souvent; 5= presque toujours.
	Sphères visées par l'outil	Les besoins des parents sont mesurés en regard de 6 grandes dimensions : – Situation financière; – Alimentation et logement; – Employabilité; – Soins de l'enfant; – Transport; – Communication.
CLIENTELE / POPULATION VISEE	L'outil s'adresse aux familles qui ont de jeunes enfants.	
PROCEDURE D'ADMINISTRATION	Outil autoadministré : le parent ou un autre membre de la famille remplit le questionnaire.	
NATURE DES RESULTATS OBTENUS	– **Interprétation des résultats** : Les items qui cotent « 3 : Parfois », « 4 : Souvent », ou « 5 : Presque toujours » peuvent indiquer des besoins qui ne sont généralement pas répondus. Ils fournissent ainsi une base de discussion afin de mieux comprendre la nature exacte des besoins de la famille. – Le livret fournit une forme de plan de support à la famille et un profil des besoins familiaux. Les besoins identifiés et la forme de support requis peuvent être utilisés pour organiser les services et les ressources (fiche du US Department of Health and Human Services).	
INFORMATIONS PRATIQUES		
LANGUE	☐ français ☒ anglais ☐ adaptation - contexte québécois ☐ autre (précisez) :	
DUREE	Passation	Le parent peut remplir le questionnaire en 10 minutes. Un intervenant peut réviser les réponses, interpréter l'échelle et identifier les sources de préoccupations en moins de 10 minutes.
	Correction	
	Interprétation	

QUALIFICATIONS DE BASE POUR UTILISATION DE L'OUTIL	Aucune. L'outil est conçu pour utilisation par des intervenants sociaux. Peut être utilisé lors de visites à domicile.
EXIGENCES DE FORMATION SPECIFIQUE	Aucune spécification
EXIGENCES DE SUPERVISION	Aucune spécification dans l'ouvrage de 1988
MANUEL D'ACCOMPAGNEMENT	Manuel d'accompagnement : ☒ Oui ☐ Non Langues : ☐ français ☒ anglais
CONVIVIALITE FACILITE D'UTILISATION	– L'outil est considéré convivial et facile à utiliser. – Son temps de passation est rapide.
COUT DE L'OUTIL	Initial Material Cost : 1 (> 100 $) Livre : Enabling and Empowering Families, 25 $ Échelles (10) : 10 $
SE PROCURER L'OUTIL	Brookline Books 617-558-8010, 800-666-BOOK www.brooklinebooks.com/

NOTORIETE	
NOTORIETE DE L'OUTIL	L'outil n'a pas fait l'objet de plusieurs études de validation et ne jouit pas d'une notoriété aussi importante que d'autres outils recensés, mais il est recommandé par le US department of health and human services.
Nombre de fois mentionné dans les grilles de consultation[32] : ☐ CJ ___0___ ☐ CSSS ___0___ Répertorié par ☐ ACJQ ☒ Autre instance : Recommandé par DePanfilis pour le US department of health and human services (2006)	

APPRECIATION DE LA QUALITE		
DIMENSIONS METHODOLOGIQUES ET PROPRIETES PSYCHOMETRIQUES	Mode de validation	Standardisation empirique de la version américaine. Aucune validation québécoise (pas de version en langue française).
	Propriétés psychométriques et démarches de validation	**Validation américaine (Dunst *et al.*, 1988) :** **Fiabilité :** l'échantillon de recherche comptait 54 parents d'enfants d'âge préscolaire ou primaire qui ont été mentalement affectés, qui sont handicapés ou dont le développement est considéré à risque. **Validité :** Le score d'échelle total du FNS s'est trouvé à être significativement relié au bien-être (corrélation = .42), à la prise de décisions (corrélation = .40) et au lieu interne de contrôle (corrélation = .28) selon des dimensions à l'échelle de croyance parentale (Fiche du Ministère de la Santé et des Services à la Personne américain). **Étude récente qui examine les propriétés psychométriques du FNS (Hanley *et al.*, 2003) :** **Résumé :** Étude réalisée auprès de 205 familles à faible revenu.

[32] La « grille de consultation » réfère à la grille remplie par les informateurs des CJ et CSSS interrogés (*N* = 60) lors de la consultation sur les besoins en matière d'outils cliniques en négligence. Dans cette grille, les répondants devaient énumérer les outils que le personnel clinique de leur établissement utilise en dépistage ou en évaluation des situations de négligence.

		Résultats : Haute cohérence interne des sous-échelles. Fiabilité test/retest était de basse à modérée. Le Coefficient d'objectivité *était aussi plus bas que dans des études précédentes* (Dunst *et al.*, 1988). **Conclusions :** Les auteurs recommandent que d'autres études d'analyse des propriétés psychométriques de l'outil soient menées. *Néanmoins, pour être accepté comme un instrument utile pour la recherche et l'intervention cliniques,* des données supplémentaires venant supporter la stabilité des scores du FNS sont nécessaires.
FORCES	*Tirées de la fiche du US Department of Health and Human Services :* – Les échelles facilitent l'identification des besoins et forces des familles. – Les résultats peuvent être utilisés pour orienter les discussions de suivi pour aider à clarifier les préoccupations et aider à définir la nature précise des besoins de la famille. – L'information peut, par la suite, être utilisée pour décider si une intervention est requise et de quel type elle doit être. – Le manuel fournit un certain nombre d'études de cas pour illustrer comment les informations peuvent être utilisées.	
LIMITES	– L'outil doit être rempli par le parent lui-même : selon Hanley *et al.* (2003), cette façon de procéder présente certaines limites : « Même si une assistance est disponible sur demande, toutes les échelles doivent être complétées directement par l'informateur. – La capacité de lecture des informateurs et la compréhension des items n'ont pas été évaluées et peuvent influencer négativement les estimations de la stabilité des échelles (Hanley *et al*., 2003).	

REFERENCES

DUNST, C. J., COOPER, C. S., WEELDREYER, J. C., SYNDER, K. D., ET CHASE, J. H. (1988). Family Needs Scale. Dans C. J. DUNST, C. M. TRIVETTE, ET A. G. DEAL (dir.), *Enabling and empowering families : Principles and guidelines for practice.* Cambridge, MA : Brookline Books.

HANLEY, B., TASSÉ, M. J., AMAN, M. G., ET PACE, P. (2003). Psychometrics Properties and Norms of the Family Needs Scale. *Journal of Child and Family Studies*, *12*(1), p. 41-48.

Fiche du FNS du US Department of Health and Human Services :
http ://www.acf.hhs.gov/programs/opre/ehs/perf_measures/reports/resources_measuring/res_meas_phil.html

AUTRES RÉFÉRENCES PERTINENTES

DUNST, C. J., JENKINS, V., ET TRIVETTE, C. M. (1994). Family needs scale. Dans C. J. DUNST, C. M. TRIVETTE, ET A. G. DEAL (dir.), *Supporting and strengthening families*. Cambridge, MA : Brookline Books.

SNYDER, K. D., WEELDREYER, J. C., DUNST, J., ET COOPER, C. S. (1986). Parent Self-Awareness Scale : Reliability and Validity (Unpublished scale). Morganton, NC : Family, Infant and Preschool Program at Western Carolina Center.

3. HOME OBSERVATION FOR MEASUREMENT OF THE ENVIRONMENT (HOME)

DIMENSIONS DESCRIPTIVES		
CARACTERISTIQUES DE L'OUTIL		
TITRE DE L'OUTIL	**Home Observation for Measurement of the Environment (HOME),** Caldwell et Bradley, 1984	
TYPE D'OUTIL	Outil d'évaluation de l'environnement familial	
FORMAT DE L'INSTRUMENT ET DU MATERIEL DE PASSATION	☒ grille d'observation ☒ entrevue ☐ questionnaire ☐ autre (précisez) : ___________	
DESCRIPTION DE L'OUTIL	But de l'outil	– Outil utilisé pour mesurer la qualité et la quantité de stimulations et de soutien offerts à un enfant à l'intérieur de son environnement familial. – Quatre versions du HOME existent en fonction de l'âge de l'enfant évalué, soit de la naissance à 3 ans, 3 à 6 ans, 6 à 10 ans et 10 à 15 ans.
	Nombre d'items	– Le HOME de la naissance à 3 ans comprend 45 items; – Le HOME 3-6 ans comprend 55 items; – Le HOME 6-10 ans comprend 59 items; – Le HOME 10-15 ans comprend 80 items.
	Sphères visées par l'outil	Les sphères diffèrent selon les versions : sensibilité envers l'enfant, acceptation de l'enfant, organisation, matériel d'apprentissage, engagement auprès de l'enfant, variété, environnement physique, stimulation académique, modèles, acceptation, encouragement à la maturité, enrichissement, relations sociales en famille et climat.
CLIENTELE / POPULATION VISEE	Enfants de 0 à 15 ans.	
PROCEDURE D'ADMINISTRATION	– Cet instrument est complété par un évaluateur formé qui se rend au domicile du participant. Il comporte des items d'observation sur l'interaction parent-enfant et d'autres items sous forme d'entrevue semi-structurée avec le parent, étant donné la difficulté probable d'observer certains items au cours d'une seule visite. – La catégorie de réponse est de type binaire (oui ou non).	
NATURE DES RESULTATS OBTENUS	– Des scores sont calculés pour chacune des sous-échelles. – On obtient aussi un score global en additionnant les scores aux sous-échelles. Plus le résultat au score global est élevé, plus l'environnement familial est considéré comme étant une source de stimulation et de soutien adéquat pour favoriser le développement de l'enfant. – Pour la version du HOME 0-3 ans, un score global de 27 et moins est considéré comme une situation problématique. Pour la version 3-6 ans, un score global de 32 et moins signifie que l'environnement familial ne dispose pas de ressources satisfaisantes pour favoriser le développement de l'enfant. Pour la version 6-10 ans, un score global de 38 et moins signifie que l'environnement familial ne dispose pas de ressources satisfaisantes pour favoriser le développement de l'enfant. – Les sous échelles qui présentent les scores les plus hauts indiquent les zones où se trouvent les forces de la famille […] Le score total du Home est un indicateur de la qualité globale de l'environnement (domicile) et les scores des sous-échelles peuvent être utilisés pour guider le développement des programmes d'intervention propices à répondre aux besoins des enfants et de leurs familles (Totsika & Sylva, 2004).	

INFORMATIONS PRATIQUES		
LANGUE	☒ français ☒ anglais ☒ adaptation - contexte québécois ☐ autre (précisez) : La seule version française officiellement disponible est celle du HOME préscolaire (3-6 ans) (Palacio Quintin & Lavoie, 1986). Par contre, les versions 0-3 ans, 3-6 ans et 6 -10 ans ont récemment fait l'objet d'une traduction par le groupe de recherche AIDES.	
DUREE	Passation	Environ 1 heure
	Correction	ND
	Interprétation	ND
QUALIFICATIONS DE BASE POUR UTILISATION DE L'OUTIL	ND	
EXIGENCES DE FORMATION SPECIFIQUE	La formation n'est pas exigée, mais est recommandée (selon le *US department of health and human services*).	
EXIGENCES DE SUPERVISION	ND	
MANUEL D'ACCOMPAGNEMENT	Manuel d'accompagnement : ☒ Oui ☐ Non Langues : ☐ français ☒ anglais	
CONVIVIALITE FACILITE D'UTILISATION	– Outil qui ne demande pas une formation complexe et longue. – Selon Totsika et Sylva (2004), le HOME est utilisé avec succès en recherche et en pratique. Il est simple à remplir et l'ensemble de la procédure n'est pas menaçant pour la famille.	
COUT DE L'OUTIL	Coûts pour le matériel de base : – Manuel : 40 $; – Home 0-3 ans : 15 $ par tablette; – Home 3-6 ans : 25 $ par paquet de 50; – Comprehensive Manual with information on all the inventories : 50 $.	
SE PROCURER L'OUTIL	Matériel du HOME disponible en contactant : lrcoulson@ualr.edu	

NOTORIETE	
NOTORIETE DE L'OUTIL	Le *Home* jouit d'une notoriété relativement importante dans le domaine de la négligence et de la maltraitance : il a fait l'objet de plusieurs études de validité. Il est reconnu pour son caractère prédictif du développement intellectuel et présente des corrélations fortes avec l'appartenance sociale des familles. Par contre, il date de plusieurs années et le contenu de certains items devrait être revu et actualisé. Au Québec, la version préscolaire (3-6 ans) a été validée par Palacio-Quintin et Jourdan Ionescu (1991).
Nombre de fois mentionné dans les grilles de consultation[33] : ☐ CJ ___0___ ☐ CSSS ___0___ Répertorié par ☐ ACJQ ☒ Autre instance : DePanfilis pour le US department of health and human services (2006)	

[33] La « grille de consultation » réfère à la grille remplie par les informateurs des CJ et CSSS interrogés (*N* = 60) lors de la consultation sur les besoins en matière d'outils cliniques en négligence. Dans cette grille, les répondants devaient énumérer les outils que le personnel clinique de leur établissement utilise en dépistage ou en évaluation des situations de négligence.

Appreciation de la qualite		
Dimensions methodologiques et Proprietes psychometriques	Mode de validation	Standardisation empirique.
	Propriétés psychométriques et démarches de validation	**Coefficient de consistance interne :** étude réalisée auprès de 73 familles pauvres en milieu urbain avec un enfant âgé de 3 ans et moins (ERTEM *et al.*, 1997). **La fiabilité (premier test/deuxième test) :** Saudino et Plomin (1997). **Validité convergente :** étude portant sur l'environnement au domicile des mères ayant un retard mental (Keltner, 1994); étude portant sur les réactions et la disposition maternelles à la stimulation de mères ayant des désordres psychiatriques comme la schizophrénie ou la dépression (Goodman & Brumley, 1990); les aspects du domicile potentiellement préjudiciable à des enfants fragiles sur le plan médical (Holditch-Davis *et al.,* 2000). – Voir aussi Hollenbeck (1978); l'auteur s'est intéressé à un échantillon de 70 dyades mère-enfant. Le HOME présentait une corrélation significative avec les différents indicateurs des statuts socioéconomiques; conclut que le HOME est un instrument adéquat et capable de discriminer entre diverses populations de façon prévisible. **Validité prédictive :** Bradley et Caldwell (1977); Bradley *et al.* (1994) – Voir aussi Han, Leventhal et Linver (2004) : les auteurs se sont intéressés à l'analyse des sous échelles de la version 6-9 ans du HOME. Ils arrivent à la conclusion que 7 des 9 échelles du HOME (6-9 ans) sont associées avec le statut cognitif des enfants, même après ajustement des caractéristiques démographiques. – Voir aussi Zaslow *et al.* (2006); étude effectuée à partir de 278 dyades mère-enfant dans des familles afro-américaines à faible revenu. – Concernant la **validation de la version française (3-6 ans) :** voir Tazouti, Prévot, et Constant (2009) qui ont mené l'étude auprès de 58 familles françaises ayant un enfant scolarisé en « grande section d'école maternelle ». Selon les auteurs, « le Home présente une forte corrélation avec l'appartenance sociale des familles. Ce résultat corrobore ceux trouvés dans la littérature (Bradley *et al.,* 2001; Bradley *et al.,* 1989). En revanche, même si les corrélations avec les épreuves de performance intellectuelles sont significatives, elles demeurent modérées par rapport à celle rapportées par d'autres études (Bradley et Cladwell, 2001; Palacio-Quintin & Jordan Ionescu, 1991). Les modèles de régression que nous avons réalisés indiquent, toutes choses égales par ailleurs, que le score au HOME n'ajoute pas grand-chose à l'explication fournie par le milieu social ».
Forces	Tarabulsy *et al.* (2008, p. 118-121) relèvent les forces du HOME : – Il s'agit d'une mesure abondamment utilisée dans le dépistage communautaire aux États-Unis, ce qui permet d'avoir des points de repère concernant les divers scores qui en sont dérivés; – La grille à utiliser est relativement simple et ne prend que quelques minutes à compléter par un intervenant habitué, à la suite de la rencontre à domicile;	

	– Il s'agit d'un instrument d'évaluation peu coûteux, mais pouvant donner des informations précieuses; – L'évaluation périodique avec le HOME donne des points de repère permettant de mieux évaluer les changements pouvant avoir eu lieu dans un milieu familial tout au long d'un processus de changement. – Le HOME est très utile pour décrire les principaux secteurs de l'environnement familial de l'enfant. Il a la capacité d'identifier les forces et les faiblesses de l'environnement familial (Totsika & Sylva, 2004). – Le HOME permet d'établir un dépistage détaillé. De plus, la structure des sous-échelles a prouvé avec succès sa capacité à évaluer toutes les dimensions importantes du fonctionnement familial, lesquelles sont reliées au progrès développemental des enfants (Totsika & Sylva, 2004). – Le HOME a le mérite de combiner l'observation des interactions parent-enfant effectuée au domicile familial et les informations recueillies en questionnant la mère (Tazouti *et al.*, 2009). – L'instrument évalue l'environnement familial dans sa globalité et dans un contexte écologique prenant en compte à la fois la quantité et la qualité des stimulations offertes à l'enfant (Tazouti *et al.*, 2009).
LIMITES	–Une des plus sérieuses restrictions de cet outil est le manque de standardisation dans la procédure d'administration (Totsika & Sylva, 2004). –Une autre limite vient de l'échelle de mesure même, c'est-à-dire que la catégorie de réponse est de type binaire (oui ou non) : permet à l'intervieweur d'établir plus facilement les scores, mais il prive le praticien ou le chercheur d'informations subtiles qui pourraient s'avérer nécessaires pour établir des jugements informés (par exemple, lorsque l'intervieweur découvre que le parent a puni physiquement l'enfant une fois au courant de la dernière semaine, il coche « oui ». Cependant, si l'enfant est puni physiquement plusieurs fois par semaine, l'échelle ne permet pas de prendre en compte cette information plus détaillée. Selon Howard *et al.* (1995), travailler avec certains échantillons non normatifs (par exemple les enfants de mères consommatrices de cocaïne) rendent cette limitation encore plus apparente (Totsika & Sylva, 2004). –Quand le but de l'évaluation est de décider si une intervention est appropriée ou non, il est évident que les scores du HOME pourraient être accompagnés par d'autres informations obtenues au cours de l'administration de l'instrument (Totsika & Sylva, 2004). Tazouti *et al.* (2009) présentent les limites de la version française (3-6 ans) : – La version française (3-6 ans) ne comporte que 32 items (au lieu de 55) répartis dans six échelles : selon les auteurs, le contenu des items ne correspond pas toujours à l'intitulé de l'échelle; il faudrait envisager un autre regroupement des items. – Dans la version française, la cotation dichotomique initiale des items a été remplacée par une échelle de Likert en 6 points : mais cette transformation dans la cotation ne semble pas toujours justifiée dans la mesure où la cotation en 6 points s'avère non adaptée pour certains items. – La majorité des items du HOME sont des indicateurs de présence des stimulations dans l'environnement familial et non pas des indicateurs de fonctionnement familial. En ce sens, l'outil a une visée principalement descriptive et doit être complété par un outil (ou des outils) à visée compréhensive.

REFERENCES

BRADLEY, R. H., CALDWELL, B. M., ROCK, S., RAMEY, C. T., BARNARD, K. F., GRAY, C., HAMMOND, M. A., MITCHELL, S., GOTTRIED, A. W., SIEGEL, L., ET JOHNOSON, D. L. (1989). Home environment and cognitive development in the first 3 years of life: a collaborative study involving six sites and three ethnic groups in North America. *Developmental Psychology, 25*, p. 217-235.

BRADLEY, R. H., CORWYN, R. F., McADOO, H. P., ET COLL, C. G. (2001). The home environments of children in the United States. Part I: Variations by age, ethnicity, and poverty status. *Child Development, 72*, p. 1844-1867.

BRADLEY, R. H., ET CALDWELL, B. M. (1976). The relation of infants' home environments to mental test performance at 54 months: a follow-up study. *Child Development, 47*, p. 1172-1174.

BRADLEY, R. H., ET CALDWELL, B. M. (1977). Home observation for measurement of the environment : A validation study of screening efficiency. *American Journal of Mental Deficiency, 81*(5), p. 417-420.

BRADLEY, R. H., MUNDFROM, D. J., WHITESIDE, L., CASEY, P. H., ET BARRETT, K. (1994). A Factor Analytic Study of the Infant-Toddler and Early Childhood Versions of the HOME Inventory Administered to White, Black, and Hispanic American Parents of Children Born Preterm. *Child Development, 65*(3), p. 880-888.

CALDWELL, B. M., ET BRADLEY, R. T. H. (1984). *Home Observation for Measurement of the Environment* (HOME - Revised Edition). Little Rock, AR : University of Arkansas.

ERTEM, I. O., FORSYTH, B. W. C., AVNI-SINGER, A. J., DAMOUR, L. K., ET CICCHETTI, D. V. (1997). Development of a Supplement to the HOME Scale for Children Living in Impoverished Urban Environments. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, *18*(5), p. 322-328.

GOODMAN, S. H., ET BRUMLEY, H. E. (1990). Schizophrenic and Depressed Mothers : Relational Deficits in Parenting. *Developmental Psychology*, *26*(1), p. 31-39.

HAN, W. J., LEVENTHAL, T., ET LINVER, M. R. (2004). The Home Observation for Measurement of the Environment (HOME) in Middle Childhood : A Study of Three Large-Scale Data Sets. *Parenting : Science and Practice*, *4*(2-3), p. 189-210.

HOLDITCH-DAVIS, D., TESH, E. M., GOLDMAN, B. D., MILES, M. S., ET D'AURIA, J. (2000). Use of the HOME inventory with medically fragile infants. *Children's Health Care*, *29*, p. 257-278.

HOLLENBECK, A. R. (1978). Early infant home environments : Validation of the Home Observation for Measurement of the Environment Inventory. *Developmental Psychology*, *14*(4), p. 416-418.

HOWARD, J., BECKWITH, L., ESPINOSA, M., ET TYLLER, R. (1995). Development of infants born to cocaine-abusing women : Biologic/maternal influences. *Neurotoxicology and Teratology*, *17*, p. 403-411.

KELTNER, B. (1994). Home Environments of Mothers with Mental Retardation. *Mental Retardation*, *32*(2), p. 123-127.

PALACIO-QUINTIN, E., ET LAVOIE, T. (1986). *Version française du HOME forme préscolaire. Cahiers du GREDEF*, Trois-Rivières : Université du Québec à Trois-Rivières.

PALACIO-QUINTIN, E., ET JOURDAN-IONESCU, C. (1991). Les enfants de 4 ans : la mesure du HOME et du QI en fonction du niveau socio-économique et culturel. *Enfance*, *43*(1-2), p. 99-110.

SAUDINO, J. K., ET PLOMIN, R. (1997). Cognitive and temperamental mediators of genetic contributions to the home environment during infancy. *Merrill-Palmer Quarterly*, *43*, p. 1-23.

TARABULSY, G. M., PROVOST, M. A., DRAPEAU, S., ET ROCHETTE, É. (2008). *L'évaluation psychosociale auprès des familles vulnérables*. Québec : Presses de l'Université du Québec, p. 97-126.

TAZOUTI, Y., PRÉVOT, E., ET CONSTANT, M. (2009). Évaluation de l'environnement familial par la version française du HOME préscolaire. *Enfance*, *61*(2), p. 223-239.

TOTSIKA, V., ET SYLVA, K. (2004). The Home Observation for Measurement of the Environment Revisited. *Child and Adolescent Mental Health, 9*(1), p. 25-35.

ZASLOW, M. J., GALLAGHER, M., HAIR, E. C., WEINFIELD, N. S., OGAWA, J. R., EGELAND, B., TABORS, P.O., ET DE TEMPLE, J. M. (2006). Longitudinal Prediction of Child Outcomes From Differing Measures of Parenting in a Low-Income Sample. *Developmental Psychology, 42*(1), p. 27-37.

AUTRES RÉFÉRENCES PERTINENTES

CADWELL, B. M., ET BRADLEY, R. H. (2003). *HOME inventory and administration manual*. University of Arkansas for Medical Sciences and University of Arkansas at Little Rock.

DUBOWITZ, H., PITTS, S. C., ET BLACK, M. M. (2004). *Measurement of Three Major Subtypes of Child Neglect. Child Maltreatment, 9*(4), p. 344-356.

GERSHATER-MOLKO, R. M., LUTZKER, J. R., ET SHERMAN, J. A. (2003). Assessing child neglect. *Aggression and violent behaviour, 8*, p. 563-585.

LINVER, M. R., BROOKS-GUNN, J., ET CABRERA, N. (2004). The Home Observation for Measurement of the Environment (HOME) Inventory : The Derivation of Conceptually Designed Subscales. *Parenting : Science and Practice*, *4*(2-3), p. 99-114.

4. INVENTAIRE DU SOUTIEN SOCIAL ET FAMILIAL (ISSF), (CJQ-IU)

<table>
<tr><th colspan="3">DIMENSIONS DESCRIPTIVES</th></tr>
<tr><th colspan="3">CARACTERISTIQUES DE L'OUTIL</th></tr>
<tr><td>TITRE DE L'OUTIL</td><td colspan="2">Inventaire du soutien social et familial (ISSF) (CJQ-IU)
L'ISSF est une adaptation de deux outils, soit le Social Support Questionnaire (Sarason et al., 1983) et le Arizona Social Support Interview Schedule (Barrera, 1980).</td></tr>
<tr><td>TYPE D'OUTIL</td><td colspan="2">Outil d'évaluation du réseau social</td></tr>
<tr><td>FORMAT DE L'INSTRUMENT ET DU MATERIEL DE PASSATION</td><td colspan="2">☐ grille d'observation ☐ entrevue ☒ questionnaire ☐ autre (précisez) : ___________</td></tr>
<tr><td rowspan="3">DESCRIPTION DE L'OUTIL</td><td>But de l'outil</td><td>Cet outil sert à mieux connaître le réseau de soutien d'une personne. Il sert à évaluer la présence, la qualité et la densité du réseau social de l'usager.</td></tr>
<tr><td>Nombre d'items</td><td>Le nombre d'items à mesurer est le même pour chacune des six dimensions, c'est-à-dire chacune des six formes d'aide</td></tr>
<tr><td>Sphères visées par l'outil</td><td>– Cet instrument évalue six dimensions du réseau social et de soutien : le soutien affectif, le soutien financier ou matériel, le soutien informationnel, la valorisation personnelle, le soutien instrumental et le soutien à la socialisation.
– Pour chacune de ces dimensions, la personne doit énumérer le nom, le type de lien et le numéro de téléphone de ceux qu'elle considère comme faisant partie de son réseau en ce qui a trait à ce type d'aide.
– Par la suite, pour chacune des personnes énumérées : elle doit cocher si elle a été en contact avec cette personne au cours du dernier mois; elle doit évaluer son niveau de proximité avec cette personne sur une échelle de 1 à 4 (le chiffre 4 représentant une personne de qui vous vous sentez très proche); elle doit évaluer son niveau de satisfaction du soutien de cette personne sur une échelle de 1 à 4 (1 signifiant un niveau faible de satisfaction et 4 un niveau élevé).</td></tr>
<tr><td>CLIENTELE / POPULATION VISEE</td><td colspan="2">L'outil s'adresse au père, à la mère, aux parents ou au jeune lui-même.</td></tr>
<tr><td>PROCEDURE D'ADMINISTRATION</td><td colspan="2">– Lieu d'utilisation : en rencontre individuelle, au bureau ou au domicile.
– C'est l'intervenant qui pose les questions au parent ou à l'usager et qui s'occupe par la suite de compiler les résultats.
– Lieu d'utilisation : en rencontre individuelle au bureau ou au domicile.</td></tr>
<tr><td>NATURE DES RESULTATS OBTENUS</td><td colspan="2">– Pas de calculs chiffrés des résultats : on doit évaluer l'ensemble des réponses du répondant. Les résultats peuvent être transférés dans un graphique circulaire qui englobe les six dimensions du réseau de soutien de la personne.
– Permet d'identifier si le parent a des ressources dans chacune des sphères mentionnées, de cibler les manques et de voir ce qui serait à développer au niveau du réseau social.</td></tr>
<tr><th colspan="3">INFORMATIONS PRATIQUES</th></tr>
<tr><td>LANGUE</td><td colspan="2">☒ français ☐ anglais ☒ adaptation - contexte québécois ☐ autre (précisez) :</td></tr>
<tr><td rowspan="3">DUREE</td><td>Passation</td><td>Environ 30 minutes</td></tr>
<tr><td>Correction</td><td></td></tr>
<tr><td>Interprétation</td><td></td></tr>
</table>

QUALIFICATIONS DE BASE POUR UTILISATION DE L'OUTIL	Pas de qualifications particulières nécessaires, peut être utilisé par un travailleur social, ARH, psycho éducateur
EXIGENCES DE FORMATION SPECIFIQUE	Environ 1 h 30 pour expliquer comment l'utiliser
EXIGENCES DE SUPERVISION	Oui, au besoin
MANUEL D'ACCOMPAGNEMENT	Manuel d'accompagnement : ☒ Oui ☐ Non Langues : ☒ français ☐ anglais
CONVIVIALITE FACILITE D'UTILISATION	– Les consignes sont bien indiquées : outil très simple à utiliser. Les items à mesurer pour chacun des noms fournis par la personne sont clairs et facilement identifiables. – Facile de cibler dans quelles sphères il manque de soutien et où celui-ci est complet. – La formation est de courte durée et le temps de passation très raisonnable. – Au niveau de l'interprétation des résultats (voir dans limites).
COUT DE L'OUTIL	Aucun
SE PROCURER L'OUTIL	CJQ-IU (DDPPAU)

NOTORIETE	
NOTORIETE DE L'OUTIL	L'ISSF comme tel n'est pas un outil dont la notoriété est reconnue. Par contre, il a été constitué à partir de deux outils connus et validés, soit le *Social Support Questionnaire* (Sarason *et al.,* 1983) et le *Arizona Social Support Interview Schedule* (Barrera, 1980).
Nombre de fois mentionné dans les grilles de consultation[34] : ☒ CJ ___1___ ☒ CSSS ___1___ Répertorié par ☒ ACJQ ☐ Autre instance : _________________________	

APPRECIATION DE LA QUALITE		
DIMENSIONS METHODOLOGIQUES ET PROPRIETES PSYCHOMETRIQUES	Mode de validation	– Aucune étude de validité portant directement sur l'ISSF. – Validation empirique des deux outils à partir desquels il a été créé.
	Propriétés psychométriques et démarches de validation	**Social Support Questionnaire (Sarason *et al.,* 1983) :** – Il sert à évaluer la perception de la disponibilité et de la satisfaction du soutien social. Il existe deux formes de SSQ, l'une contenant 27 items et l'autre 6 items. – Les propriétés psychométriques de la version anglaise (courte et longue) ont été détaillées par Sarason *et al.* (1983). – La version courte (6 items) a été adaptée et validée en français par Bruchon-Schweitzer *et al.* (2003). La validité de critère de la version française (courte) a aussi été documentée par Rascle *et al.* (1997). – La version française longue (en contexte québécois) a été validée par De Man *et al.* (1986) : « les résultats de l'enquête indiquent que les caractéristiques psychométriques de la version française du *Social Support Questionnaire* (Questionnaire sur le soutien social), ainsi que ses structures de relations avec des variables de personnalité pertinentes, ressemblent à celles de l'original anglais ».

[34] La « grille de consultation » réfère à la grille remplie par les informateurs des CJ et CSSS interrogés (*N* = 60) lors de la consultation sur les besoins en matière d'outils cliniques en négligence. Dans cette grille, les répondants devaient énumérer les outils que le personnel clinique de leur établissement utilise en dépistage ou en évaluation des situations de négligence.

<table>
<tr><td></td><td></td><td>Arizona Social Support Interview Schedule-ASSIS (Barrera, 1980)
– L’ASSIS évalue la taille du réseau de soutien social d’une personne et donne de l’information sur l’étendue perçue et réelle de son réseau social et sur le degré de satisfaction de l’aide reçue.
– L’outil a été adapté et traduit en français (contexte québécois) par Lepage (1984).
– Plusieurs études ont validé l’outil et détaillé les propriétés psychométriques de celui-ci : l’ASSIS a été testé pour sa validité et les résultats ont démontré une fiabilité qui va de satisfaisante à bonne (Barrera, 1980, 1981; Valdenegro & Barrera, 1983; Sandler & Barrera, 1984; Bowling, 1991).</td></tr>
<tr><td>FORCES</td><td colspan="2">– Permet de visualiser et de synthétiser le réseau social de la personne en termes de quantité (nombre de personnes mentionnées), mais aussi en termes de qualité (appréciation de la proximité et du niveau de satisfaction) (expert consulté).
– Permet de faire un tour rapidement du réseau de soutien de la personne et de mieux les ressources manquantes ainsi que le ou les types de soutien qui devraient être développés : fait ressortir ce qui est positif, négatif ou à développer au niveau du réseau social (expert consulté).
– L’outil permet de sensibiliser la personne à ses besoins en matière de support et donne des indications sur les éléments à travailler au PI (expert consulté).
– Il peut s’avérer pertinent dans une logique de complémentarité aux guides d’intervention, aux guides de pratique et aux programmes en négligence : il mesure surtout une sphère connexe à la négligence (soit celle du soutien social et familial).
– Cet outil permet de connaître la composition du réseau social et d’en faire une ventilation. Son utilisation est moins menaçante que l’entretien verbal et son résultat est plus structuré (ACJQ, 2009, p. 39).</td></tr>
<tr><td>LIMITES</td><td colspan="2">– Outil moins efficace lorsque la personne concernée n’est pas prête à évaluer la qualité des relations qu’elle entretient ou la présence de relations malsaines dans sa vie (Expert consulté).
– Au niveau de <u>l’interprétation</u> : comme l’analyse se fait à partir de l’ensemble des résultats, il peut y avoir des désaccords entre l’intervenant et la personne concernée au niveau des perceptions de ce que constitue un ‘’bon’’ réseau social (exemple : la personne trouve son réseau social adéquat et suffisant alors que l’intervenant le trouve déficient et malsain) (Expert consulté).
– Dans les cas où certaines formes d’aide doivent être développées : pas toujours facile de trouver les ressources pour les CSSS basés en région. Certains réseaux demeurent plus difficiles à développer (Expert consulté).
– Une discrimination des réponses est nécessaire étant donné qu’il s’agit d’une qualification basée sur les perceptions de la clientèle (ACJQ, 2009, p. 39).</td></tr>
</table>

REFERENCES

ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC (2009). *Répertoire des outils cliniques en centre jeunesse : fiches/outils cliniques.* Montréal : ACJQ.

BARRERA, M. (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents : Assessment issues. Dans B. H. GOTTLIEB (dir.), *Social networks and social support* (p. 69-96). Beverly Hills : Sage.

BARRERA, M. l. (1980). A method for the assessment of social support networks in community survey research, Connections, 3, p. 8-13.

BOWLING, A. (1991). *Measuring Health : A Review of Quality of Life Measurement Scales*. Milton Keynes : Open University Press.

BRUCHON-SCHWEITZER, M., RASCLE, N., GÉLIE, F. C., FORTIER, C. B., SIKAFIS, Y., ET CONSTANT, A. (2003). Le Questionnaire de soutien social de Sarason (SSQ6). Une adaptation française. *Psychologie Française*, *48*, p. 41-53.

DE MAN, A. F., BALKOU, S., ET IGLESIAS, R. (1986). Une version canadienne française du questionnaire sur le soutien social. *Santé mentale au Québec*, *11*(2), p. 199-202.

LEPAGE, L. (1984). *Mesure de réseau social* (Mémoire de maîtrise inédit). Montréal : Université de Montréal.

RASCLE, N., AGUERRE, C., BRUCHON-SCHWEITZER, M., NUISSIER, J., COUSSON-GÉLIE, F., GUILLIARD, J., ET QUINTARD, B. Soutien social et santé : Adaptation française du questionnaire de soutien social de Srason, le SSQ. *Cahiers internationaux de psychologie sociale, 33*, p. 35-51.

SANDLER, N., ET BARRERA, M. (1984). Towards a multimethod approach to assessing the effects of social support. *American Journal of Community Psychology, 12*, p. 37-52.

SARASON, I. G., LEVINE, H. M., BASHAM, R. B., ET SARASON, B. R. (1983). Assessing Social Support : The Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, *44*(1), p. 127-139.

VALDENEGRO, J., ET BARRERA, M. (1983). Social support as a moderator of life stress : A longitudinal study using a multi-method analysis. *Paper presented at the meeting of the Western Psychological Association*. San Francisco, CA.

AUTRES RÉFÉRENCES PERTINENTES

TARDY, C. H. (1985). Social Support Measurement. *American Journal of Community Psychology*, *13*(2), p. 187-202.

COLLABORATION
Certaines informations présentes dans cette fiche sont issues d'un échange avec une professionnelle du CSSS Portneuf-Donnacona.

5. QUESTIONNAIRE D'EVALUATION FAMILIALE – FAMILY ASSESMENT DEVICE) (Epstein, Balwin et Bishop, 1983)

DIMENSIONS DESCRIPTIVES		
CARACTERISTIQUES DE L'OUTIL		
TITRE DE L'OUTIL	– **Family Assesment Device (FAD)** (Epstein, Balwin & Bishop, 1983; Miller, Epstein, Bishop & Keitner, 1985) – **Questionnaire d'évaluation familiale** (traduction de Bolduc, 1991)	
TYPE D'OUTIL	Outil d'évaluation du fonctionnement familial	
FORMAT DE L'INSTRUMENT ET DU MATERIEL DE PASSATION	☐ grille d'observation ☐ entrevue ☒ questionnaire ☐ autre (précisez) : ___________	
DESCRIPTION DE L'OUTIL	But de l'outil	Le FAD est une grille autoreportée qui évalue le fonctionnement familial sur sept dimensions. Cette grille est conçue pour permettre aux cliniciens et aux chercheurs de dépister les familles dont le fonctionnement familial est adéquat et celles qui présentent une pathologique à partir de divers critères pertinents au plan clinique (Grotevant & Carlson, 1989).
	Nombre d'items	60 items : chaque item doit être coté sur une échelle de 1 à 4. – Fortement en accord; – En accord; – En désaccord; – Fortement en désaccord.
	Sphères visées par l'outil	L'outil vise **6 dimensions :** – La résolution des problèmes (6 items); – La communication (9 items); – Les rôles (11 items); – L'expression affective (6 items); – L'engagement affectif (7 items); – La maîtrise des comportements (9 items); – Comprend une 7e sous-échelle qui vise à évaluer le fonctionnement général de la famille (12 items).
CLIENTELE / POPULATION VISEE	L'outil s'adresse aux familles en difficulté.	
PROCEDURE D'ADMINISTRATION	L'outil est rempli par un ou plusieurs membres de la famille.	
NATURE DES RESULTATS OBTENUS	Un score faible traduit un fonctionnement familial sain : donc plus le score est petit, plus le fonctionnement est optimal. Un score supérieur au score critique de 2 traduit des difficultés plus ou moins importantes dans la famille pour la dimension concernée, sur une échelle entre 1 et 4 (Brousseau, 1999).	
INFORMATIONS PRATIQUES		
LANGUE	☒ français ☒ anglais ☒ adaptation - contexte québécois ☐ autre (précisez) :	
DUREE	Passation	15 à 20 minutes
	Correction	5 à 10 minutes
	Interprétation	ND
QUALIFICATIONS DE BASE	Intervenants formés	

POUR UTILISATION DE L'OUTIL	
EXIGENCES DE FORMATION SPECIFIQUE	Environ 2 heures
EXIGENCES DE SUPERVISION	La supervision est recommandée pour les premières analyses
MANUEL D'ACCOMPAGNEMENT	Manuel d'accompagnement : ☐ Oui ☒ Non Langues : ☐ français ☐ anglais
CONVIVIALITE FACILITE D'UTILISATION	– Le temps d'administration est bref. – L'outil permet d'obtenir rapidement un aperçu de la dynamique familiale et de la perception de chacun des membres de la famille.
COUT DE L'OUTIL	ND
SE PROCURER L'OUTIL	Équipe du GRISE (Université de Sherbrooke)

NOTORIETE	
NOTORIETE DE L'OUTIL	Le *Family Assessment Device* a fait l'objet de plusieurs études de validation, et ce, tant en contexte américain, que canadien et québécois. En ce sens, l'outil jouit d'une notoriété notable. Par contre, les nombreux auteurs qui ont critiqué la validité de la structure des facteurs de l'instrument ou encore sa validité en contexte interculturel laissent croire en une certaine vulnérabilité de l'outil sur le plan méthodologique.
Nombre de fois mentionné dans les grilles de consultation[35] : ☐ CJ ___0___ ☐ CSSS ___0___ Répertorié par ☒ ACJQ (2001) ☐ Autre instance : _________________________	

APPRECIATION DE LA QUALITE		
DIMENSIONS METHODOLOGIQUES ET PROPRIETES PSYCHOMETRIQUES	Mode de validation	Validation empirique québécoise, canadienne et américaine.
	Propriétés psychométriques et démarches de validation	**Validation et américaine** : – Des analyses de fidélité et de validité ont confirmé les qualités satisfaisantes de l'instrument (Epstein *et al.*, 1983; Miller *et al.,* 1985; Kabacoff *et al.*, 1990; Perosa & Perosa, 1990). – Une analyse factorielle a permis de vérifier la structure théorique de l'outil (Kabacoff *et al.*, 1990). **Validation en contexte canadien (**Byles, Byrne, Boyle, & Offord 1988) – Par contre, la validité de la structure des facteurs est remise en question par Miller *et al.* (2000a, 2000b); Ridenour *et al.* (1999, 2000). **Validation québécoise** : la version française a été validée par Bolduc (1991), Léonard (1994) et Brousseau (1999, 2000). – Les analyses de Brousseau (2000) ont confirmé en partie la structure factorielle des dimensions théoriques de la mesure; elles ont conduit au choix de conserver la structure théorique

[35] La « grille de consultation » réfère à la grille remplie par les informateurs des CJ et CSSS interrogés (*N* = 60) lors de la consultation sur les besoins en matière d'outils cliniques en négligence. Dans cette grille, les répondants devaient énumérer les outils que le personnel clinique de leur établissement utilise en dépistage ou en évaluation des situations de négligence.

		originale en raison des limites de la validation effectuée auprès d'un échantillon restreint et comportant deux sous-populations clinique et non clinique. – Quant à la cohérence interne des dimensions théoriques de la version française : le résultat obtenu est supérieur au seuil de 0,70, généralement admis pour un instrument de recherche. **Validité en contexte interculturel fortement questionnée par** Aarons *et al.* (2007); Shek (2002); Morris (1990); Roncone *et al.* (1998).
FORCES	– Instrument qui s'appuie sur une approche qui met l'accent sur les forces des familles; permet d'identifier ce qui fonctionne bien autant que les difficultés présentes (Brousseau *et al.,* 2009). – The FAD est facile à administrer et le temps de passation est raisonnable (Grotevant & Carlson, 1989). – Les directives pour compléter l'outil et le pointage (scoring) sont claires et bien expliquées. Le pointage implique de simples additions et soustractions (Grotevant & Carlson, 1989). – Le FAD cible des zones de fonctionnement familial qui ne sont pas facilement ou immédiatement observables (Grotevant *et al.* 1989).	
LIMITES	– L'outil présente une validité limitée en contexte interculturel (Aarons *et al.,* 2007; Morris, 1990; Roncone *et al.,* 1990; Shek, 2002). – Les données normatives sont limitées (Grotevant & Carlson, 1989). – La limite de l'utilité clinique de cette mesure est, selon (Grotevant & Carlson, 1989), le manque de standardisation (manuelle et adéquate) et la nécessité de clarifier l'interprétation des perspectives multiples des membres de la famille (lorsque plusieurs membres de la famille remplissent l'outil).	

REFERENCES

BOLDUC, N. (1991). *Lien entre le fonctionnement familial et le rendement scolaire chez les élèves de 3e année primaire*. Mémoire présenté à la faculté de médecine en vue de l'obtention de garde de maître es sciences, Université de Sherbrooke, Département des sciences infirmières.

BROUSSEAU, M. (1999). *La perception du fonctionnement familial de parents négligents et non négligents et les facteurs familiaux, parentaux et environnementaux associés.* Thèse présentée à la faculté des études supérieures de l'Université Laval, Québec : École de service social, Université Laval.

BROUSSEAU, M. (2000). *La perception du fonctionnement familial de parents négligents et non négligents et les facteurs familiaux, parentaux et environnementaux associés*. Québec : Laboratoire de recherche, Série : résultats de recherche, Faculté des sciences sociales, École de service social, Université Laval.

BROUSSEAU, M., BEAUDRY, M., SIMARD, M., ET CHARBONNEAU, C. (2009). *Le « Projet famille » en contexte de négligence : Développement et expérimentation d'une intervention familiale*. Québec : Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire.

BYLES, J., BYRNE, C., BOYLE, M. H., ET OFFORD, D. R. (1988). Ontario child health study : reliability and validity of the general functioning subscale of the McMaster Family Assessment Device. *Family Process*, *27*, p. 97-104.

EPSTEIN, N. B., BALDWIN, L., ET BISHOP, D. S. (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital and Family Therapy*, *9*, p. 171-180.

GROTEVANT, H. D., ET CARLSON, C. I. (1989). *Family Assessment : A Guide to Methods & Mesures*. New York : The Guildford Press.

LÉONARD, N. (1994). *Perceptions de la relation conjugale, du fonctionnement familial et du sentiment de compétence parentale chez des pères et des mères d'un premier enfant âgé d'un an*. Sherbrooke : Université de Sherbrooke, Faculté de médecine (sciences infirmières).

KABACOFF, R., MILLER, I., BISHOP, D., EPSTEIN, N., ET KEITNER, G. (1990). A psychometric study of the McMaster Family Assessment Device in psychiatric, medical, and nonclinical samples. *Journal of Family Psychology*, *3*, p. 431-439.

MILLER, I., EPSTEIN, N., BISHOP, D., ET KEITNER, G. (1985). The McMaster Family Assessment Device : Reliability and validity. *Journal of Marital and Family Therapy*, *11*, p. 345-356.

MILLER, I. W., RYAN, C. E., KEITNER, G. I., BISHOP, D. S., ET EPSTEIN, N. B. (2000a). Factor analyses of the Family Assessment Device, by Ridenour, Daley, & Reich. *Family Process*, *39*, p. 141-144.

MILLER, I. W., RYAN, C. E., KEITNER, G. I., BISHOP, D. S., ET EPSTEIN, N. B. (2000b). Why fix what isn't broken? A rejoinder to Ridenour, Daley, & Reich. *Family Process*, *39*, p. 381-384.

PEROSA, L. M., ET PEROSA, S. L. (1990). Convergent and discriminant validity for family self-report measures. *Educational and Psychological Measurement*, *50*, p. 855-868.

RIDENOUR, T. A., DALEY, J. G., ET REICH, W. (1999). Factor analyses of the Family Assessment Device. *Family Process*, *38*, p. 497-510.

RIDENOUR, T. A., DALEY, J. G., ET REICH, W. (2000). Further evidence that the Family Assessment Device should be reorganized : Response to Miller and colleagues. *Family Process*, *39*, p. 375-380.

Auteurs ayant certaines réserves quant à la validité interculturelle du FAD considérant le fait que les normes culturelles en regard du fonctionnement de la famille varient selon le bagage ethnique et/ou racial :

AARONS, G. A., McDONALD, E. J., ELIZABETH, J., CONNELLY, C. D., ET NEWTON, R. R. (2007). Assessment of Family Functioning in Caucasian and Hispanic Americans : Reliability, Validity, and Factor Structure of the Family Assessment Device. *Family Process*, *46*(4), p. 557-569.

MORRIS, T. M. (1990). Culturally sensitive family assessment : An evaluation of the Family Assessment Device used with Hawaiian-American and Japanese-American families. *Family Process*, *29*, p. 105-116.

RONCONE, R., ROSSI, L., MUIERE, E., IMPALLOMENI, M., MATTEUCCI, M., GIACOMELLI, R., TONIETTI, G., ET CASACCHIA, M. (1998). The Italian version of the Family Assessment Device. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *33*(9), p. 451-461.

SHEK, D. T. L. (2002). Assessment of family functioning : The Chinese version of the Family Assessment Device. *Research on Social Work Practice*, *12*, p. 502-524.

ANNEXE 7

Grilles d'analyse des outils d'évaluation du développement et des comportements de l'enfant

1. GRILLE BALLON (GRILLE D'OBSERVATION DU DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT (Bernier, 2002)

Le contenu de cette grille est tiré du document *Avis clinique sur le choix d'un outil de mesure du développement des enfants de 0 à 5 ans dans le cadre des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance* produit par l'Institut national de santé publique du Québec (p. 23-27).

<table>
<tr><th colspan="3">DIMENSIONS DESCRIPTIVES</th></tr>
<tr><th colspan="3">CARACTERISTIQUES DE L'OUTIL</th></tr>
<tr><td>TITRE DE L'OUTIL</td><td colspan="2">Grille ballon (Grille d'observation du développement de l'enfant) (Bernier, 2002)</td></tr>
<tr><td>TYPE D'OUTIL</td><td colspan="2">Outil de dépistage des retards de développement</td></tr>
<tr><td>FORMAT DE L'INSTRUMENT ET DU MATERIEL DE PASSATION</td><td colspan="2">☒ grille d'observation ☒ entrevue ☐ questionnaire ☐ autre (précisez) : ___________</td></tr>
<tr><td rowspan="3">DESCRIPTION DE L'OUTIL</td><td>But de l'outil</td><td>Cet outil évalue le développement de l'enfant à partir de sept sphères.</td></tr>
<tr><td>Nombre d'items</td><td>Chaque grille comprend environ 50 items touchant les sept sphères.</td></tr>
<tr><td>Sphères visées par l'outil</td><td>Sept sphères sont ciblées par les concepteurs :
– Motricité globale;
– Motricité fine;
– Préécriture;
– Développement cognitif;
– Langage;
– Autonomie;
– Développement socioaffectif.</td></tr>
<tr><td>CLIENTELE / POPULATION VISEE</td><td colspan="2">– Vise les enfants âgés entre 0 et 5 ans.
– Peut être utilisé avec les familles sous-scolarisées et les familles multiethniques. L'échelle du langage est conçue pour les enfants dont la langue maternelle est le français.</td></tr>
<tr><td>PROCEDURE D'ADMINISTRATION</td><td colspan="2">– L'intervenant ou l'éducatrice complète la grille tout en considérant les observations du parent.
– L'âge de l'enfant détermine le choix de la grille. Il faut débuter avec la grille qui correspond à un âge inférieur à l'âge chronologique de l'enfant. Il est recommandé d'échelonner la mesure sur 2 ou 3 visites, mais dans un laps de temps ne dépassant pas 6 semaines.</td></tr>
<tr><td>NATURE DES RESULTATS OBTENUS</td><td colspan="2">– Sur la grille, l'observateur indique si les habiletés sont acquises, en voie d'acquisition ou non acquises grâce à des symboles ou à un code de couleurs. Les résultats des observations sont transcrits sur une grille synthèse. Celle-ci permet de voir comment se dessine le développement de l'enfant et soutient le choix d'actions à privilégier. Le système de couleurs ou de symboles permet aux parents de voir les aspects qui évoluent et les aspects à surveiller.
– Le manuel fournit des instructions quant à la démarche à suivre selon le profil des résultats obtenus. Une grille teintée majoritairement de rouge indique une alerte. Une grille teintée majoritairement de jaune indique des items pour lesquels il faut être vigilant. Une grille teintée majoritairement de vert montre des acquis.
– Des consignes claires, illustrées par des exemples, indiquent s'il faut ou non diriger l'enfant vers un spécialiste en fonction des résultats. L'outil ne fournit pas de pistes d'intervention.</td></tr>
</table>

INFORMATIONS PRATIQUES		
LANGUE	☒ français ☐ anglais ☒ adaptation - contexte québécois ☐ autre (précisez) :	
DUREE	Passation	1 à 2 heures
	Correction	Non spécifié
	Interprétation	Non spécifié
QUALIFICATIONS DE BASE POUR UTILISATION DE L'OUTIL	Non spécifié	
EXIGENCES DE FORMATION SPECIFIQUE	– La formation n'est pas obligatoire. Elle est disponible au Québec par l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas Saint-Laurent et dure 6 heures. Le coût est de 400 $ plus les frais. – Le groupe de travail de l'INSPQ recommande la formation offerte sur l'outil pour compléter les informations fournies dans le manuel.	
EXIGENCES DE SUPERVISION	Non spécifié	
MANUEL D'ACCOMPAGNEMENT	Manuel d'accompagnement : ☒ Oui ☐ Non Langues : ☒ français ☐ anglais	
-CONVIVIALITE -FACILITE D'UTILISATION	– L'administration, la codification et l'interprétation sont simples. Cependant, certains items ne sont pas clairs et il est nécessaire de se référer à un document d'appoint pour bien coder certaines réponses. – Le coût de l'outil est relativement bas.	
COUT DE L'OUTIL	50 $ pour le matériel complet incluant les droits de reproduction.	
SE PROCURER L'OUTIL	– Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent : 418 727-4525. – Direction de la santé publique du Bas-Saint-Laurent : 418 868-1010 (poste 2535).	

NOTORIETE	
NOTORIETE DE L'OUTIL	Cet outil est connu dans les services sociaux et de santé, dans les milieux de garde et par certains organismes communautaires au Québec.
Nombre de fois mentionné dans les grilles de consultation[36] : ☐ CJ ___0___ ☐ CSSS ___0___ Répertorié par ☐ ACJQ ☒ Autre instance : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)	

APPRECIATION DE LA QUALITE		
DIMENSIONS METHODOLOGIQUES ET PROPRIETES PSYCHOMETRIQUES	Mode de validation	Il n'existe pas de données sur les propriétés psychométriques de cet outil.
	Propriétés psychométriques et démarches de validation	L'outil a fait l'objet d'une validation par des experts et d'une étude d'implantation auprès d'intervenants en intervention précoce (CSSS et CPE) de la région du Bas-Saint-Laurent, mais n'a fait l'objet d'aucune étude psychométrique ou d'études pour déterminer les normes. Il a été validé par des experts et des professionnels sur le terrain.

[36] La « grille de consultation » réfère à la grille remplie par les informateurs des CJ et CSSS interrogés (*N* = 60) lors de la consultation sur les besoins en matière d'outils cliniques en négligence. Dans cette grille, les répondants devaient énumérer les outils que le personnel clinique de leur établissement utilise en dépistage ou en évaluation des situations de négligence.

FORCES	– Les sphères sont facilement repérables ainsi que les items à chacune d'entre elles. – Les consignes sont faciles à repérer : elles apparaissent au début du manuel dans une section clairement identifiée.
LIMITES	– L'outil n'est pas très sensible aux changements rapides qui se produisent pendant la petite enfance, car les grilles correspondent à une année complète. – La durée de passation étant longue, l'outil ne peut être administré au cours d'une seule visite à domicile.

REFERENCES

BERNIER, N. (2002). *Grille ballon : grille d'observation du développement de l'enfant. Document pratique à l'usage des éducatrices en stimulation précoce et en petite enfance, des responsables de service de garde et des parents* (2e édition révisée et corrigée). Rimouski : Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation.

AUTRES RÉFÉRENCES PERTINENTES

POTVIN, P. (2006). *Fiche descriptive de la banque informatisée d'outils d'évaluation et de programmes d'intervention en psychoéducation*. Ordre des conseillers et conseillères d'orientation et des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OCCOPPQ) : www.occoppq.qc.ca, site consulté le 18 avril 2008.

2. GRILLE D'EVALUATION DU DEVELOPPEMENT (GED), Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP) (2007, 2009)

Le contenu de cette grille est tiré du document *Avis clinique sur le choix d'un outil de mesure du développement des enfants de 0 à 5 ans dans le cadre des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance* produit par l'Institut national de santé publique du Québec (p. 35-39).

<table>
<tr><th colspan="3">DIMENSIONS DESCRIPTIVES</th></tr>
<tr><th colspan="3">CARACTERISTIQUES DE L'OUTIL</th></tr>
<tr><td>TITRE DE L'OUTIL</td><td colspan="2">Grille d'évaluation du développement (GED), Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP)</td></tr>
<tr><td>TYPE D'OUTIL</td><td colspan="2">Outil d'évaluation du développement</td></tr>
<tr><td>FORMAT DE L'INSTRUMENT ET DU MATERIEL DE PASSATION</td><td colspan="2">☒ grille d'observation ☐ entrevue ☐ questionnaire ☐ autre (précisez) : ___________</td></tr>
<tr><td rowspan="3">DESCRIPTION DE L'OUTIL</td><td>But de l'outil</td><td>Dépistage du niveau et du retard de développement moteur, langagier, cognitif et socioaffectif du jeune enfant.</td></tr>
<tr><td>Nombre d'items</td><td>Le nombre d'items varie (entre 8 et 24) selon la dimension et selon le niveau d'âge (14 niveaux d'âge)</td></tr>
<tr><td>Sphères visées par l'outil</td><td>Trois sphères sont ciblées :
– Développement cognitif;
– Développement moteur;
– Développement socioaffectif.
Chaque grille contient de 28 à 47 questions pour l'ensemble des sphères.</td></tr>
<tr><td>CLIENTELE / POPULATION VISEE</td><td colspan="2">– Vise les enfants âgés entre 0-5 ans.
– Peut être utilisé avec les familles sous scolarisées, les enfants prématurés et les familles multiethniques, si elles maîtrisent le français.</td></tr>
<tr><td>PROCEDURE D'ADMINISTRATION</td><td colspan="2">– L'intervenant remplit la grille et l'administre en suivant une procédure standardisée. L'âge de l'enfant détermine le choix de la grille d'âge.
– Il est possible de modifier la séquence de passation des items afin de s'adapter aux besoins de l'enfant.</td></tr>
<tr><td>NATURE DES RESULTATS OBTENUS</td><td colspan="2">Sur la grille, l'évaluateur indique si l'habileté est acquise (oui ou non). Des feuilles de cotation permettent de calculer un score. Ce score est exprimé en pourcentage et représente la proportion d'items réussis. Une grille d'interprétation des résultats permet de situer le score obtenu en fonction du score moyen attendu pour les enfants d'un âge donné. Les résultats de l'enfant pourront se situer dans la zone de confort (aucune action particulière n'est requise); la zone à surveiller (on reprend alors l'évaluation après quelques semaines d'observation et de stimulation) ou encore la zone de référence (l'enfant devrait faire l'objet d'une attention immédiate et être adressé à un spécialiste). Une fiche résumant les résultats de l'enfant (sans toutefois préciser les pourcentages obtenus) et les actions à entreprendre peut être remise aux parents.</td></tr>
<tr><th colspan="3">INFORMATIONS PRATIQUES</th></tr>
<tr><td>LANGUE</td><td colspan="2">☒ français ☐ anglais ☒ adaptation - contexte québécois ☐ autre (précisez) :</td></tr>
<tr><td rowspan="3">DUREE</td><td>Passation</td><td>30 à 40 minutes</td></tr>
<tr><td>Correction</td><td>3 minutes</td></tr>
<tr><td>Interprétation</td><td>2 minutes</td></tr>
</table>

QUALIFICATIONS DE BASE POUR UTILISATION DE L'OUTIL	ND
EXIGENCES DE FORMATION SPECIFIQUE	– Les concepteurs de l'outil et le groupe de travail recommandent de suivre la formation sur l'outil, car sa procédure est standardisée. Elle est disponible au Québec par l'intermédiaire du Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP) et dure 6 heures. – Le coût est d'environ 900 $ plus les frais, pour un maximum de 20 participants.
EXIGENCES DE SUPERVISION	ND
MANUEL D'ACCOMPAGNEMENT	Manuel d'accompagnement : ☒ Oui ☐ Non Langues : ☒ français ☐ anglais
CONVIVIALITE FACILITE D'UTILISATION	Le manuel et les autres documents sont clairs. L'administration, la codification et l'interprétation sont simples. Un support visuel (image de thermomètre) facilite l'interprétation des résultats.
COUT DE L'OUTIL	200 $ pour le matériel complet
SE PROCURER L'OUTIL	514 393-4666; www.clipp.ca

NOTORIETE	
NOTORIETE DE L'OUTIL	– Cet outil est récent, mais plusieurs l'utilisent déjà : les chercheurs qui évaluent les SIPPE auprès des parents de moins de 20 ans, certains services de garde, certains centres de recherches et organismes communautaires et des intervenants des CSSS et des CJ. Une formation sur le GED est nouvellement incluse dans le *Programme national de formation* de l'Association des centres jeunesse du Québec. – Le GED fait partie des cinq outils de mesure du développement des enfants de 0 à 5 ans recommandés par l'INSPQ pour utilisation dans le cadre des SIPPE.
Nombre de fois mentionné dans les grilles de consultation[37] : ☒ CJ ___10___ ☒ CSSS ___6___ Répertorié par ☐ ACJQ ☒ Autre instance : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)	

APPRECIATION DE LA QUALITE		
DIMENSIONS METHODOLOGIQUES ET PROPRIETES PSYCHOMETRIQUES	Mode de validation	– Consensus expert; – Validation empirique; – Étude de normalisation.
	Propriétés psychométriques et démarches de validation	– Cet outil est le seul outil développé en français à avoir fait l'objet d'études psychométriques. La qualité des propriétés varie en fonction de la sphère ou du groupe d'âge. L'outil a également fait l'objet d'une validation par des experts. L'interprétation des résultats devrait être complétée par de nombreuses observations lors des interactions avec les familles. – **Étude menée par Vézina (2005)** : Les analyses de la base de données provenant de la thèse de doctorat de Nathalie Vézina (2005), confirment que les caractéristiques psychométriques de

[37] La « grille de consultation » réfère à la grille remplie par les informateurs des CJ et CSSS interrogés (*N* = 60) lors de la consultation sur les besoins en matière d'outils cliniques en négligence. Dans cette grille, les répondants devaient énumérer les outils que le personnel clinique de leur établissement utilise en dépistage ou en évaluation des situations de négligence.

		l'instrument sont très bonnes. La fidélité des scores dans le temps de même que l'accord inter juges s'avèrent excellents. La fidélité temporelle pour la sphère cognitive/langagière et pour la sphère motrice est respectivement de 0,71 et 0,49, ce qui est très acceptable pour une clientèle d'enfants qui peut faire l'objet de nombreux changements sur de courtes périodes de temps. L'accord inter juges est de 0,87 pour la sphère cognitive/langagière et de 0,90 pour la sphère motrice, ce qui est jugé comme très bon. De plus, les corrélations avec des tests comme le Bayley (1993, échelle mentale et motrice) et le Stanford-Binet démontrent que le GED, à tous les niveaux d'âge, converge de façon très satisfaisante avec ces tests reconnus et validés. En effet, tant pour la sphère cognitive/langagière que motrice, les corrélations varient entre 0,60 et 0,80, sauf pour deux niveaux d'âges où elles sont de 0,40 et de 0,52, ce qui est reconnu comme acceptable en terme de validité de convergence. Enfin, l'analyse de la cohérence interne démontre que les différents items constituant les échelles présentent des intercorrélations indiquant une excellente cohérence des échelles (CLIPP, 2009). – **Étude de normalisation (CLIPP, 2009) :** Étude menée auprès de 859 enfants âgés entre 0 et 5 ans et provenant de différentes régions du Québec. L'étude de normalisation du GED a permis d'établir de nouveaux points de coupures plus précis et aussi plus représentatifs de la population québécoise.
FORCES	– Convivial, facile à utiliser, bonne validité, adapté au Québec (ACJQ, 2009, p. 18). – Permet de dépister tôt des problèmes de développement et aide à documenter la compromission. – Bon dépistage, le test/retest peut éclairer le suivi (ACJQ 2009, p. 18). – Aide à préparer un plan d'intervention selon les sphères affectées et la gravité des problèmes (ACJQ, 2009, p. 18). – Outil facile à comprendre et bien vulgarisé; permet de déterminer des sphères à travailler avec le parent à partir d'un portrait visuel facile à expliquer au parent. – Outil qui permet de faire de l'enseignement sur la stimulation du développement avec le parent (grille de consultation). – Passation bien structurée, matériel complet (grille de consultation). – Outil qui sert à faire une détection (et non un diagnostic) des retards de développement et à orienter le plan d'intervention en conséquence (soit référer à un spécialiste, soit prendre les mesures de protection et/ou de développement appropriées). Permet aussi de mesurer les effets d'une intervention (grille de consultation).	
LIMITES	– Pas un outil proprement diagnostic : le GED se limite à déterminer des zones : bleue (confort), grise (à surveiller), rouge (de référence : dans ce cas, l'enfant devrait être référé à un spécialiste du développement dans les meilleurs délais) (ACJQ, 2009, p. 18). – Passation de l'évaluation longue, difficile d'avoir l'attention de l'enfant suffisamment longtemps, difficilement applicable avec une clientèle allophone, sphères d'évaluation peu détaillées (grille de consultation). – Difficile de se l'approprier réellement si on ne le fait pas souvent; demande beaucoup de temps de préparation : Il faut en faire régulièrement pour acquérir et conserver une expertise appropriée (grille de consultation).	

	– Les difficultés sont en lien avec les outils pour stimuler le développement des enfants qui ont des retards, mais qui ne justifient pas des services spécialisés (grille de consultation).

REFERENCES

ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC (2009). *Répertoire des outils cliniques en centre jeunesse : fiches/outils cliniques.* Montréal : ACJQ.

CENTRE DE LIAISON SUR L'INTERVENTION ET LA PRÉVENTION PSYCHOSOCIALES (CLIPP) (2007). *La grille d'évaluation du développement de l'enfant* GED : *fondements théoriques, description d'outil, données psychométriques.* Montréal : Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP).

CENTRE DE LIAISON SUR L'INTERVENTION ET LA PRÉVENTION PSYCHOSOCIALES (CLIPP) (2009). *Étude de normalisation : Grille d'évaluation du développement (GED) pour les enfants de 0 à 5 ans. Rapport final :* Montréal : Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP).

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2010). *Avis scientifique sur le choix d'un outil de mesure du développement des enfants de 0 à 5 ans dans le cadre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance*. Québec : Gouvernement du Québec (http ://www.inspq.qc.ca).

VÉZINA, N. (2005). *Élaboration et validation de la grille du développement de l'enfant de 0 à 5 ans (GED)* (Thèse de doctorat). Université du Québec à Montréal.

AUTRES RÉFÉRENCES PERTINENTES

DUPUIS, G., ET MARTEL, J. P. (2006). *Validation psychométrique du GED : étude de sensibilité et de spécificité.* Présentation faite à la Fondation Lucie et André Chagnon (Document inédit).

POMERLEAU, A., VÉZINA, N., MOREAU, J., MALCUIT, G., ET SÉGUIN, R. (2005). *Guide d'utilisation de la grille d'évaluation du développement de l'enfant de 0 à 5 ans (GED).* Montréal : Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP).

POTVIN, P. (2006). *Fiche descriptive de la banque informatisée d'outils d'évaluation et de programmes d'intervention en psychoéducation*. Ordre des conseillers et conseillères d'orientation et des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OCCOPPQ) (http://www.occoppq.qc.ca).

3. INVENTAIRE DU DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT ENTRE 0 ET 7 ANS (Brigance, 1997)

Le contenu de cette grille est tiré du document *Avis clinique sur le choix d'un outil de mesure du développement des enfants de 0 à 5 ans dans le cadre des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance* produit par l'Institut national de santé publique du Québec (p. 29-33).

DIMENSIONS DESCRIPTIVES		
CARACTERISTIQUES DE L'OUTIL		
TITRE DE L'OUTIL	**Inventaire du développement de l'enfant entre 0 et 7 ans (Brigance, 1997)**	
TYPE D'OUTIL	Outil de dépistage des retards de développement	
FORMAT DE L'INSTRUMENT ET DU MATERIEL DE PASSATION	☒ grille d'observation ☒ entrevue ☐ questionnaire ☐ autre (précisez) : ___________	
DESCRIPTION DE L'OUTIL	But de l'outil	Cet outil sert à mesurer le développement de l'enfant (0-7 ans).
	Nombre d'items	Le nombre d'items mesurés dépend de l'âge de l'enfant et de ses habiletés.
	Sphères visées par l'outil	**Onze sphères sont ciblées :** – Habiletés motrices et comportements; – Motricité globale; – Motricité fine; – Autonomie; – Langage; – Connaissances générales et maîtrise de concepts; – Développement socioaffectif; – Prélecture; – Lecture; – Écriture; – Calcul.
CLIENTELE / POPULATION VISEE	Cet outil vise les enfants âgés de 0 à 7 ans et peut être utilisé en CJ et en CSSS.	
PROCEDURE D'ADMINISTRATION	L'intervenant ou une éducatrice en milieu de garde peuvent remplir l'inventaire. L'âge de l'enfant détermine le choix du point de départ (moins de trois mois). On poursuit jusqu'à ce que l'enfant obtienne trois échecs consécutifs. Pour que la mesure soit considérée fiable, il faut une évaluation d'au moins quatre à six sphères réalisée dans un délai de deux mois, selon les formateurs.	
NATURE DES RESULTATS OBTENUS	– Sur le bilan des acquis, l'observateur indique si un enfant a acquis une habileté en l'encerclant. L'âge développemental de l'enfant est déterminé pour chacune des sphères. L'utilisation d'un code de couleur sur le bilan des acquis facilite la transmission de l'information aux parents. Le logiciel permet d'obtenir un profil global ainsi qu'un profil pour chaque sphère du développement et un graphique qui montre le progrès d'un enfant d'une période d'évaluation à une autre. – L'inventaire propose un autre système (séquence d'habiletés) en plus du bilan des acquis pour suivre le progrès des enfants qui ont un handicap ou si leur dévelop-pement accuse beaucoup de retard. Le guide ne donne aucune directive quant à l'interprétation des résultats. Lors de la formation, les balises suivantes sont proposées : un retard simple se caractérise par un écart entre l'âge développemental et l'âge chronologique sur une ou deux sphères (entre 3 et 6 mois de retard selon l'âge de	

	l'enfant). Un retard global de développement se caractérise par un écart retrouvé dans la majorité des sphères.	
INFORMATIONS PRATIQUES		
LANGUE	☒ français ☒ anglais ☒ adaptation - contexte québécois ☐ autre (précisez) :	
DUREE	Passation	40 à 120 minutes selon le choix des habiletés à évaluer
	Correction	ND
	Interprétation	ND
QUALIFICATIONS DE BASE POUR UTILISATION DE L'OUTIL	ND	
EXIGENCES DE FORMATION SPECIFIQUE	– La formation n'est pas obligatoire. Elle est offerte au Québec par l'intermédiaire du Centre franco-ontarien de ressources pédagogiques (CFORP) et dure deux jours. – Le groupe de travail recommande fortement la formation offerte sur l'outil pour savoir quand diriger l'enfant vers des ressources spécialisées et pour saisir toutes les nuances quant à la procédure d'administration. – Peut durer jusqu'à deux jours. – Le coût est de 800 $ plus les frais.	
EXIGENCES DE SUPERVISION	ND	
MANUEL D'ACCOMPAGNEMENT	Manuel d'accompagnement : ☒ Oui ☐ Non Langues : ☒ français ☒ anglais	
CONVIVIALITE FACILITE D'UTILISATION	– Les consignes sont faciles à repérer pour l'administration et la codification. Elles apparaissent au début de chaque section de l'inventaire. Des précisions sur certains items sont apportées lorsque cela est nécessaire. – L'outil est facile à administrer et à codifier, mais il demande de la préparation. – Le manuel et les autres documents sont clairs. Par contre, l'outil exige une lecture attentive et une préparation importante, car la procédure d'administration est complexe.	
COUT DE L'OUTIL	300 $ pour le matériel de base. Il faut ajouter 40 $ pour 10 bilans des acquis. Une trousse d'accessoires est disponible (prix sur demande). Un logiciel facilitant l'analyse coûte 90 $.	
SE PROCURER L'OUTIL	Pour la version française : – Librairie du Centre franco-ontarien de ressources pédagogiques (CFORP) : www.cforp.on.ca – Institut de recherches psychologiques : www.i-p-r.ca Pour la version anglaise : www.curriculumassociates.com	

NOTORIETE	
NOTORIETE DE L'OUTIL	– Cet outil est connu par les services sociaux et de santé de certaines régions du Québec. Selon un chercheur consulté, il serait aussi bien connu des chercheurs. – Brigance fait partie des cinq outils de mesure du développement des enfants de 0 à 5 ans recommandés par l'INSPQ pour utilisation dans le cadre des SIPPE.

Nombre de fois mentionné dans les grilles de consultation[38] : ☐ CJ ___0___ ☒ CSSS ___2___	
Répertorié par ☐ ACJQ ☐ Autre instance : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)	

APPRECIATION DE LA QUALITE		
DIMENSIONS METHODOLOGIQUES ET PROPRIETES PSYCHOMETRIQUES	Mode de validation	– Validé en contexte américain en 1991. – Aucune étude sur les propriétés psychométriques pour la version française.
	Propriétés psychométriques et démarches de validation	– Il n'existe pas de données psychométriques pour la version française. Pour la 3e édition de l'outil, un groupe d'experts francophones s'est assuré d'une formulation adéquate des items et de la concordance entre les items et l'âge indiqué. Cette adaptation s'est faite en collaboration avec les éditeurs de la version de langue anglaise. L'édition française actuelle est fondée sur la traduction de l'édition anglaise de 1991. La majorité des propriétés psychométriques de la version anglaise de 1991 n'est plus disponible. Les normes de cette édition ont été calculées à partir d'un échantillon de 1156 enfants américains âgés de 13 mois à 6 ans et majoritairement blancs. – La version française de l'outil n'a fait l'objet d'aucune étude psychométrique ou d'études sur les normes avec des échantillons d'enfants francophones. Elle a cependant fait l'objet d'un processus d'adaptation rigoureux et d'une validation par un groupe d'experts crédibles, sélectionnés pour leurs connaissances en développement de l'enfant dans le contexte franco-ontarien et québécois. L'outil jouit d'une bonne réputation selon les chercheurs consultés. – En ce qui concerne la version originale, les normes ont été calculées à partir d'une population peu représentative des familles multiethniques. Nous n'avons pas d'information sur le statut socioéconomique de l'échantillon. Peu de données psychométriques sont disponibles. En effet, la version du *Brigance* sur laquelle est basée la version française date de 1991 et a été révisée plusieurs fois depuis. L'interprétation des résultats devrait être complétée par de nombreuses observations lors des interactions avec les familles.
FORCES	– Évaluation des différentes sphères de développement qui nous permet d'obtenir un portrait global des forces et difficultés de l'enfant. – De plus, cet outil nous aide à définir des objectifs concrets adaptés à l'enfant. Chacune des sphères de développement comprend une séquence d'apprentissage des habiletés qui est très utile pour élaborer des objectifs en considérant les préalables à chacune des habiletés. – Un logiciel permet d'obtenir un tableau comprenant les résultats de l'enfant dans les différentes sphères de développement et une liste des habiletés réussies et celles échouées (grille de consultation).	

[38] La « grille de consultation » réfère à la grille remplie par les informateurs des CJ et CSSS interrogés (*N* = 60) lors de la consultation sur les besoins en matière d'outils cliniques en négligence. Dans cette grille, les répondants devaient énumérer les outils que le personnel clinique de leur établissement utilise en dépistage ou en évaluation des situations de négligence.

	– Permet de bien situer l'enfant dans son développement ainsi qu'avoir un plan d'intervention spécifique à ses besoins (donne des pistes) (grille de consultation). – L'outil peut guider la planification de l'intervention, car il fournit des objectifs à atteindre entre les moments de mesure (INSPQ, 2010).
LIMITES	– Le processus d'évaluation (collecte de données, évaluation, rédaction, plan de stimulation) avec cet outil peut être long et ardu, car il y a beaucoup d'items à considérer (grille de consultation). – Il faut être rigoureux dans la passation de la grille pour éviter de biaiser les résultats (grille de consultation).

REFERENCES

BRIGANCE, A. H. (1997). *Inventaire du développement de l'enfant entre 0 et 7 ans* (3e édition revue et validée). Ontario : Centre franco-ontarien de ressources pédagogiques.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2010). *Avis scientifique sur le choix d'un outil de mesure du développement des enfants de 0 à 5 ans dans le cadre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance*. Québec : Gouvernement du Québec (http ://www.inspq.qc.ca).

AUTRES RÉFÉRENCES PERTINENTES

KISKER, E. E., BOLLER, K., NAGATISHI, C., SCIARRINO, C., JETHWANI, V., ZAVITSKY, T., ET COLL. (2003). *Resources for measuring services and outcomes in head start programs serving infants and toddlers.* US Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families.

POTVIN, P. (2006). *Fiche descriptive de la banque informatisée d'outils d'évaluation et de programmes d'intervention en psychoéducation*. Ordre des conseillers et conseillères d'orientation et des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OCCOPPQ) (http ://www.occoppq.qc.ca).

SOSNA, T., ET MASTERGEORGE, A. (2005). The infant, preschool, family, mental health initiative : Compendium of screening tools for early childhood social-emotional development. Sacramento, California : California Institute for Mental Health.

SPIES, R. A., ET PLAKE, B. S. (2005). *The sixteenth mental measurements yearbook*. Buros Institute of Mental Measurements (http ://www.buros.uni.ed).

4. NIPPISING DISTRICT DEVELOPMENTAL SCREEN (Dahinten & Ford, 2004)

Le contenu de cette grille est tiré du document *Avis clinique sur le choix d'un outil de mesure du développement des enfants de 0 à 5 ans dans le cadre des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance* produit par l'Institut national de santé publique du Québec (p. 41-45).

Dimensions descriptives		
Caracteristiques de l'outil		
Titre de l'outil	**Nipissing District Developmental Screen (Nipissing)** (4e édition)	
Type d'outil	Outil de dépistage des retards de développement	
Format de l'instrument et du materiel de passation	☐ grille d'observation ☐ entrevue ☒ questionnaire ☐ autre (précisez) : ___________	
Description de l'outil	But de l'outil	Cet outil évalue le développement de l'enfant à partir de neuf sphères.
	Nombre d'items	Chaque questionnaire contient de 12 à 22 questions pour l'ensemble des sphères.
	Sphères visées par l'outil	Neuf sphères sont ciblées : Vue, ouïe, communication, motricité fine, motricité globale, fonction cognitive, habiletés sociales, habiletés affectives et autonomie.
Clientele / population visee	– Vise les enfants âgés entre 0 et 6 ans. – Peut être utilisé avec les familles multiethniques.	
Procedure d'administration	– Le parent remplit le questionnaire avec l'aide de l'intervenante ou intervenant. – L'âge de l'enfant détermine le choix du questionnaire (13 niveaux d'âge disponibles). – L'administration de l'outil est rapide, donc il s'intègre bien à une visite à domicile.	
Nature des resultats obtenus	– Sur le questionnaire, l'évaluateur indique si l'habileté est acquise ou non (oui ou non). Un non à deux questions ou plus constitue un signal indiquant une difficulté possible. Dans ce cas, l'enfant devrait être adressé à un professionnel. – Des consignes indiquent clairement s'il faut ou non adresser l'enfant à un spécialiste. L'outil suggère des activités par sphère (les sphères sont indiquées grâce à des icônes), mais sans lien direct avec les résultats obtenus.	
Informations pratiques		
Langue	☒ français ☒ anglais ☐ adaptation - contexte québécois ☒ autre (précisez) : espagnol, chinois et vietnamien.	
Duree	Passation	10 à 15 minutes
	Correction	
	Interprétation	
Qualifications de base pour utilisation de l'outil	Non spécifié.	
Exigences de formation specifique	– Le groupe de travail de l'INSPQ est d'avis que la formation offerte sur l'outil est optionnelle. – Le coût de la formation est relativement bas.	
Exigences de supervision	Non spécifié	

MANUEL D'ACCOMPAGNEMENT	Manuel d'accompagnement : ☐ Oui ☒ Non Langues : ☐ français ☐ anglais
CONVIVIALITE **FACILITE D'UTILISATION**	Les consignes au dos des questionnaires sont concises et claires. L'administration, la codification et l'interprétation sont très simples. Les questionnaires sont écrits dans un langage accessible pour les parents. Une partie du questionnaire contenant des exemples d'activités de stimulation peut être détachée et remise aux parents.
COUT DE L'OUTIL	100 $, matériel complet
SE PROCURER L'OUTIL	Non spécifié

NOTORIETE	
NOTORIETE DE L'OUTIL	Cet outil est bien connu et utilisé par les services sociaux et de santé de certaines régions du Québec et d'ailleurs au Canada, entre autres, dans le cadre des programmes PACE (Programme d'action communautaire pour enfants) de l'Agence de la santé publique du Canada.
Nombre de fois mentionné dans les grilles de consultation[39] : ☐ CJ ___0___ ☐ CSSS ___0___ Répertorié par ☐ ACJQ ☒ Autre instance : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)	

APPRECIATION DE LA QUALITE		
DIMENSIONS METHODOLOGIQUES ET PROPRIETES PSYCHOMETRIQUES	Mode de validation	
	Propriétés psychométriques et démarches de validation	Il n'existe pas d'études sur les propriétés psychométriques de la version française (des données ont été recueillies sur 12 enfants seulement). Les propriétés psychométriques de la version originale anglaise sont plutôt bonnes et ont été calculées à partir d'un échantillon d'environ 200 enfants dont les familles avaient des statuts socio-économiques variés. Leur ethnicité n'est pas spécifiée. Il n'existe aucune étude sur les normes. Les critères ont été établis par un comité incluant des professionnels de première ligne. La version française de l'outil a été produite par un traducteur professionnel, mais son niveau de littératie n'a pas été déterminé.
FORCES	Facilité de repérage des sphères de développement et des items en lien avec ces dernières.	
LIMITES	– L'outil est peu sensible aux changements rapides du développement, car les questionnaires comportent peu d'éléments. – L'outil manque de sensibilité : il n'identifie pas toujours les enfants qui auraient besoin d'une évaluation plus poussée (faux positifs). L'interprétation des résultats devrait être complétée par de nombreuses observations lors des interactions avec les familles.	

[39] La « grille de consultation » réfère à la grille remplie par les informateurs des CJ et CSSS interrogés (*N* = 60) lors de la consultation sur les besoins en matière d'outils cliniques en négligence. Dans cette grille, les répondants devaient énumérer les outils que le personnel clinique de leur établissement utilise en dépistage ou en évaluation des situations de négligence.

REFERENCES
DAHINTEN, S. V., ET FORD, L. (2004). *Validation of the Nipissing District Develpmental Screen for use with infants and Toddlers- working paper*. British Columbia : Consortium for Health, Intervention, Learning and Development, University of British Columbia. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2010). *Avis scientifique sur le choix d'un outil de mesure du développement des enfants de 0 à 5 ans dans le cadre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance*. Québec : Gouvernement du Québec (http ://www.inspq.qc.ca). NAGY, P., RYAN, B., ET ROBINSON, R. (2003). *Evaluation of the healthy babies, healthy children program. Instrument validation report 2001-2002.* Ontario : Ministry of Health and Long Term Care and Ministry of Community, Family and Children's Services. NIPISSING DISTRICT DEVELOPMENT SCREEN (2009). *Comment savoir si un enfant a besoin d'intervention précoce*? Ontario : Nipissing District Development Screen. NIPISSING DISTRICT DEVELOPMENTAL SCREEN (2009). *Questionnaire et activités pour votre bébé : 1 à 2 mois, 4 mois, 6 mois, 9 mois, 12 mois, 15 mois, 18 mois, 2 ans, 30 mois, 3 ans, 4 ans, 5 ans, 6 ans*. Ontario : Nipissing District Developmental Screen.

5. QUESTIONNAIRES SUR LES ETAPES DU DEVELOPPEMENT (AGES AND STAGES QUESTIONNAIRES ASQ, Squires, Potter & Bricker, 1999)

Le contenu de cette grille est tiré du document *Avis clinique sur le choix d'un outil de mesure du développement des enfants de 0 à 5 ans dans le cadre des Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance* produit par l'Institut national de santé publique du Québec (p. 49-51).

<table>
<tr><th colspan="3">DIMENSIONS DESCRIPTIVES</th></tr>
<tr><th colspan="3">CARACTERISTIQUES DE L'OUTIL</th></tr>
<tr><td>TITRE DE L'OUTIL</td><td colspan="2">Ages and Stages Questionnaires (ASQ) (Squires, Potter & Bricker, 1999)
Questionnaires sur les étapes du développement (Bonin et al., 2000)</td></tr>
<tr><td>TYPE D'OUTIL</td><td colspan="2">Outil de dépistage des retards de développement.</td></tr>
<tr><td>FORMAT DE L'INSTRUMENT ET DU MATERIEL DE PASSATION</td><td colspan="2">☐ grille d'observation ☐ entrevue ☒ questionnaire ☐ autre (précisez) : ___________</td></tr>
<tr><td rowspan="3">DESCRIPTION DE L'OUTIL</td><td>But de l'outil</td><td>Évalue le développement de l'enfant à partir de cinq sphères.</td></tr>
<tr><td>Nombre d'items</td><td>Chaque questionnaire comprend 30 items touchant les 5 sphères.</td></tr>
<tr><td>Sphères visées par l'outil</td><td>Cinq sphères du développement sont ciblées :
– Motricité globale;
– Motricité fine;
– Résolution de problèmes;
– Communication;
– Habiletés personnelles et sociales.</td></tr>
<tr><td>CLIENTELE / POPULATION VISEE</td><td colspan="2">– Vise les enfants âgés de 0-5 ans (19 niveaux d'âge).
– Peut être utilisé avec les familles sous scolarisées et les familles multiethniques (le niveau de lecture des questionnaires se situe entre la 4e et la 6e année).
– Il a été développé principalement auprès d'enfants à risque.</td></tr>
<tr><td>PROCEDURE D'ADMINISTRATION</td><td colspan="2">Le parent remplit le questionnaire avec l'aide de l'intervenante. L'âge de l'enfant (plus ou moins un mois) détermine le choix de la grille d'âge. Si l'enfant se situe entre deux âges, il faut choisir le questionnaire du plus jeune âge. Le questionnaire doit normalement être administré au complet.</td></tr>
<tr><td>NATURE DES RESULTATS OBTENUS</td><td colspan="2">– Sur le questionnaire, l'évaluateur indique si les habiletés sont acquises (oui, parfois, pas encore pour certains items, oui ou non pour d'autres). Par la suite, les réponses sont converties en points. Le total obtenu à chaque sous-échelle est comparé à un seuil établi à partir de normes.
– Un ou plusieurs résultats situés dans la zone en dessous du seuil indiquent qu'il faut diriger l'enfant vers un spécialiste pour une évaluation plus approfondie. Une feuille résumant les principaux résultats sous forme de graphique peut servir de base à la rétroaction avec le parent.</td></tr>
<tr><th colspan="3">INFORMATIONS PRATIQUES</th></tr>
<tr><td>LANGUE</td><td colspan="2">☒ français ☒ anglais ☐ adaptation - contexte québécois ☐ autre (précisez) : espagnol

La troisième version en français n'est pas encore disponible.</td></tr>
<tr><td rowspan="3">DUREE</td><td>Passation</td><td>Environ 30 minutes.</td></tr>
<tr><td>Correction</td><td>Aucune spécification.</td></tr>
<tr><td>Interprétation</td><td>Aucune spécification.</td></tr>
</table>

QUALIFICATIONS DE BASE POUR UTILISATION DE L'OUTIL	– Intervenants sociaux, infirmières, travailleurs sociaux, psychoéducateurs, éducatrices. – Il n'y a pas de niveau de scolarité minimum établi pour l'utilisation de l'outil.
EXIGENCES DE FORMATION SPECIFIQUE	– La formation n'est pas obligatoire. Elle dure une demi-journée. Le coût est de 100 $ l'heure plus les frais pour une formation de 15 à 20 personnes. – Le groupe de travail recommande la formation offerte pour être en mesure de bien soutenir le parent pour compléter l'outil.
EXIGENCES DE SUPERVISION	Aucune spécification
MANUEL D'ACCOMPAGNEMENT	Manuel d'accompagnement : ☒ Oui ☐ Non Langues : ☐ français ☒ anglais
CONVIVIALITE FACILITE D'UTILISATION	– Les consignes qui apparaissent sur les questionnaires sont simples et concises. Le manuel comprend également des consignes spécifiques et détaillées pour administrer l'outil dans le cadre de visites à domicile. Les liens entre les questionnaires et le manuel sont clairs. L'administration, la codification et l'interprétation sont simples. Les questionnaires sont écrits dans un langage accessible pour les parents. Aussi, une représentation graphique contribue à faciliter la compréhension des résultats. – Des consignes indiquent clairement s'il faut ou non diriger l'enfant vers des ressources spécialisées. Le guide d'utilisation suggère des activités de stimulation à réaliser avec l'enfant, mais sans lien direct avec les résultats obtenus. Des ressources facultatives, plus détaillées, sont toutefois disponibles. Un DVD porte sur la codification et l'interprétation, et un CD-ROM propose des activités propres aux différentes sphères en fonction de l'âge et des résultats obtenus. De plus, un DVD facultatif fournit une démonstration de la passation dans le cadre d'une visite à domicile.
COUT DE L'OUTIL	– 200 $US pour la trousse de départ (les questionnaires ont été traduits en français, mais le manuel d'utilisation est en anglais). – Des accessoires optionnels pour la passation peuvent être achetés (275 $ pour l'ensemble). Deux DVD de soutien sont disponibles pour 50 $ chacun ainsi qu'un CD-ROM d'activités de 25 $.
SE PROCURER L'OUTIL	Voir www.pbrookes.com

NOTORIETE	
NOTORIETE DE L'OUTIL	– Cet outil est connu des services sociaux et de santé de certaines régions, ainsi que dans le milieu de la petite enfance au Québec comme ailleurs au Canada, aux États-Unis et en Europe. L'ASQ est considéré comme une méthode efficiente pour identifier les enfants pouvant présenter un retard de développement et comme un outil de dépistage utile pour les professionnels qui travaillent auprès de jeunes enfants. – Il est recommandé par *l'American Academy of Pediatrics* et par l'*American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* L'ASQ fait également partie des cinq outils de mesure du développement recommandés par l'INSPQ pour utilisation dans le cadre des SIPPE.
Nombre de fois mentionné dans les grilles de consultation[40] : ☒ CJ ___1___ ☒ CSSS ___2___ Répertorié par ☐ ACJQ ☐ Autre instance : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)	

[40] La « grille de consultation » réfère à la grille remplie par les informateurs des CJ et CSSS interrogés (*N* = 60) lors de la consultation sur les besoins en matière d'outils cliniques en négligence. Dans cette grille, les répondants devaient énumérer les outils que le personnel clinique de leur établissement utilise en dépistage ou en évaluation des situations de négligence.

APPRECIATION DE LA QUALITE		
DIMENSIONS METHODOLOGIQUES ET PROPRIETES PSYCHOMETRIQUES	Mode de validation	La version originale est validée de façon empirique. La validation de la version française est incomplète.
	Propriétés psychométriques et démarches de validation	– La version originale (anglophone) a été validée par plusieurs études), dont celles de Squires *et al.* (1997), Squires *et al.* (1999), Squires *et al.* (2009), McCrae *et al.* (2011). Les données psychométriques de la version anglaise (calculées d'après les données combinées d'études sur la version originale et sa révision) sont plutôt bonnes. L'ASQ utilise des normes pour établir des seuils. Les normes de la version originale anglaise ont été calculées grâce à un échantillon de 2008 enfants à risque (81 %) et non à risque (19 %) présentant une diversité ethnique et socioéconomique (Squires *et al.,* 1997). – La version anglophone en contexte canadien a été évaluée par Elbers *et al.* (2008). – Les données psychométriques de la version française ont été brièvement présentées par Dionne *et al.* (2003, 2004) : les auteurs concluent que les propriétés de cohérence interne de l'ASQ ont été préservées dans la traduction française, mais que certaines variations ont été observées à travers les populations américaines et québécoises.
FORCES	– Outil facile à compléter qui ne demande pas une formation complexe, donc accessible à tous (grille de consultation). – Implique le parent dès le départ, donc aide à mobiliser celui-ci suite à la passation (grille de consultation). – Pose un regard objectif sur les comportements de l'enfant et remet en perspective notre regard comme intervenant (grille de consultation). – Outil facile à comprendre et adapté au niveau de scolarisation des parents (grille de consultation). – Identifie les forces et les zones plus inquiétantes (grille de consultation). – Outil qui a été validé et qui est considérablement étudié (grille de consultation). – Ne comporte pas de frais supplémentaires une fois acquis (grille de consultation). – Possibilité de s'inscrire en ligne (grille de consultation).	
LIMITES	– Plusieurs sphères du développement sont mesurées. Toutefois, l'outil ne permet pas de dépister des problèmes de langage et il évalue minimalement le développement socioaffectif (grille de consultation). – Outil de dépistage; donc, nécessite de pousser plus loin l'investigation (grille de consultation). – Il faut que l'intervenant qui complète l'outil soit connu par l'enfant (grille de consultation). – Les données sont un peu subjectives (grille de consultation). – Dispendieux au moment de l'achat initial (grille de consultation).	
REFERENCES		
Site WEB de l'outil : http ://agesandstages.com BONIN, M., ROBAEY, P., VANDAELE, S., BASTIN, G. L., ET LACROIX, V. (2000). *Questionnaires sur les étapes du développement : évaluation de l'enfant par les parents.* Baltimore, MA : Paul H. Brookes Publishing Co. DIONNE, C., PÉLOQUIN, J., ET HARGUINDÉGUY-LINCOURT, M. (2003). Dépistage des problèmes de développement : normes pour enfants québécois. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, *14*(spécial), p. 81-84.		

DIONNE, C., SQUIRES, J., ET LECLERC, D. (2004). Psychometric properties of a developmental screening test : Using the Ages and Stages Questionnaires (ASQ) in Quebec and the US. *Journal of Intellectual Disability Research*, *48*(4–5), p. 408.

ELBERS, J., MACNAB, A., MCLEOD, E., ET GAGNON, F. (2008). The Ages and Stages Questionnaires : Feasibility of use as a screening tool for children in Canada. *Canadian Journal of Rural Medicine*, *13*(1), p. 9-14.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2010). *Avis scientifique sur le choix d'un outil de mesure du développement des enfants de 0 à 5 ans dans le cadre des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance*. Québec : Gouvernement du Québec (http ://www.inspq.qc.ca).

McCRAE, J. S., CAHALANE, H., ET FUSCO, R. A. (2011). Directions for developmental screening in child welfare based on the ages and stages questionnaires. *Children and Youth Review*, *33*, p. 1412-1418.

SQUIRES, J., BRICKER, D., ET POTTER, L. (1997). Revision of a parent-completed developmental screening tool : Ages and Stages Questionnaire. *Journal of Pediatric Psychology*, *22*(3), p. 313-328.

SQUIRES, J., ET BRICKER, D. (2009). *Ages and Stages Questionnaires : A parent-completed child-monitoring system* (3e édition). Baltimore : Paul Brookes.

SQUIRES, J., POTTER, L., ET BRICKER, D. (1999). *Ages and Stages Questionnaires : A parent-completed child monitoring system* (2e édition). Baltimore, MA : Paul H. Brookes Publishing Co.

AUTRES RÉFÉRENCES PERTINENTES

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMMITTEE ON CHILDREN WITH DISABILITIES (2001). Developmental surveillance and screening of infants and young children. *Pediatrics*, *108*(1), p. 192-196.

KISKER, E. E., BOLLER, K., NAGATISHI, C., SCIARRINO, C., JETHWANI, V., ZAVITSKY, T., ET COLL. (2003). *Resources for measuring services and outcomes in Head Start programs serving infants and toddlers*. US Department of Health and Human Services, Administration for Children and Familie.

LEE, L. L., ET HARRIS, S. R. (2005). Psychometric properties and standardization samples of four screening tests for infants and young children : a review. *Pediatric Physical Therapy*, *17*, p. 140-147.

SOSNA, T., ET MASTERGEORGE, A. (2005). *The infant, preschool, family, mental health initiative : Compendium of screening tools for early childhood social-emotional development.* Sacramento, Californie : California Institute for Mental Health.

SPIES, R. A., ET PLAKE, B. S. (2005). The sixteenth mental measurements yearbook. Buros Institute of Mental Measurements : (http ://www.buros.uni.ed), site consulté le 6 mai 2008 par INSPQ.

SQUIRES, J., BRICKER, D., ET CLIFFORD, J. (2010). Developmental screening measures : Stretching the use of the ASQ for other assessment purposes. *Infants and Young Children*, *23*(1), p. 14-22.

SQUIRES, J. K., POTTER, L., BRICKER, D. D., ET LAMOREY, S. (1998). Parent-completed developmental questionnaires : Effectiveness with low and middle income parents. *Early Childhood Research Quarterly*, *13*(2), p. 345-354.

6. ASEBA - ACHEMBACH SYLSTEM OF EMPIRICALLY BASE ASSESSMENT
(CHILD BEHAVIOR CHECKLIST)
(YOUTH SELF-REPORT)
(TEACHER REPORT FORM)

DIMENSIONS DESCRIPTIVES		
CARACTERISTIQUES DE L'OUTIL		
TITRE DE L'OUTIL	**ASEBA (Achenbach System of Empirically Base Assessment)** (Achenbach, 1991) (Achenbach & Rescorla, 2000, 2001)	
TYPE D'OUTIL	Outil d'évaluation des troubles de comportement chez l'enfant âgé de 18 mois à 18 ans. Il existe plusieurs versions de l'outil selon l'âge des enfants et la personne qui le complète : – Module préscolaire (18 mois-5 ans), complété par ou avec le parent; – Module scolaire (6-18 ans) complété par les parents (*Child Behavior Checklist);* – Module scolaire (6-18 ans) complété par l'adolescent (*Youth Self-Report*); – Module scolaire (6-18 ans) complété par l'enseignant (*Teacher Report Form*).	
FORMAT DE L'INSTRUMENT ET DU MATERIEL DE PASSATION	☐ grille d'observation ☐ entrevue ☒questionnaire ☐ autre (précisez) : __________ Inventaire des comportements de l'enfant	
DESCRIPTION DE L'OUTIL	But de l'outil	Cet outil évalue les compétences et problèmes sociaux de l'enfant à partir de ses comportements (observés par la mère, le père ou une autre personne qui le connaît bien tel que l'enseignant et l'enfant de 11 ans ou plus).
	Nombre d'items	La version 18 mois-5 ans comporte 99 items décrivant des comportements spécifiques à ce groupe d'âge. La version 6-18 ans comporte 118 items. Le parent (ou l'enseignant) est appelé à répondre à chacun des items à l'aide d'une échelle de type Likert proposant trois choix de réponse : « ne s'applique pas », « plutôt vrai » ou « très vrai » en se référant à la situation vécue au cours des six derniers mois.
	Sphères visées par l'outil	– Les 99 items de la version 18 mois-5 ans se regroupent en différents sous échelle : réactivité émotionnelle, anxiété/dépression, somatisation, retrait social, problèmes de sommeil, problèmes d'attention et comportements agressifs. – Les 118 items de la version 6-18 ans se regroupent selon différents sous échelle : anxiété/dépression, retrait/dépression, somatisation, problème de socialisation, troubles de la pensée, problèmes d'attention, comportements délinquants, et comportements agressifs.
CLIENTELE / POPULATION VISEE	– L'outil vise la détection des problèmes émotionnels et comportementaux des enfants et ados âgés entre 18 mois et 18 ans. – Deux versions différentes ont été créées, soit la version 18 mois-5 ans et la version 6-18 ans (la version pré 2001 était destinée aux 4-18 ans). Elles contiennent des items adaptés à l'âge des enfants. – Les nombreuses études de validation réalisées dans divers contextes et auprès de diverses populations confirment la validité transculturelle et socioéconomique de l'outil. L'outil peut donc être utilisé par différents intervenants dans différents contextes.	

PROCEDURE D'ADMINISTRATION	– La version 18 mois - 5 ans est complétée par ou avec le parent (administrée aux parents par l'intervenant). L'outil est conçu pour être utilisé lors des visites à domicile. – La version 6-18 ans peut s'adresser aux parents (*Child Behavior Checklist)*, à l'adolescent (*Youth Self-Report*) et à l'enseignant (*Teacher Report Form*). L'ensemble de ces tests vise à obtenir le profil de comportement de l'enfant selon différents observateurs.	
NATURE DES RESULTATS OBTENUS	– Les deux versions fournissent un score global et deux scores se référant aux problèmes de type intériorisé et de type extériorisé. Les problèmes intériorisés regroupent des manifestations d'anxiété, de retrait, de dépression et de somatisation chez l'enfant, alors que les problèmes extériorisés sont davantage liés à des comportements agressifs et de transgression de règles. Plus le score global au CBCL est élevé, plus l'occurrence de problèmes comportementaux et émotionnels est importante et donc plus l'enfant est susceptible de présenter des difficultés d'adaptation psychologique et sociale. – Le niveau de problème dans chacune des catégories peut être comparé au seuil clinique établi par les auteurs et correspondant au 98e percentile d'un échantillon de la population générale étudiée par Achenbach (1991).Le résultat obtenu est traduit en score T dont la moyenne est de 50 et l'écart-type de 10. Un score T de 70 et plus révèle que l'enfant présente des problèmes requérant un suivi clinique (Brousseau *et al.*, 2009, p. 83). – Les résultats sont compilés de façon informatique. Le logiciel présente un score total ainsi qu'un score T. Les résultats sont présentés sous forme graphique. L'interprétation des résultats se fait selon les résultats présentés graphiquement.	
INFORMATIONS PRATIQUES		
LANGUE	☒ français ☒ anglais ☒adaptation - contexte québécois ☐ autre (précisez) : Il existe des adaptations en français de certains modules de l'outil. Il est difficile actuellement de se prononcer sur la version à privilégier (Lemelin & St-Laurent, D., 2002).	
DUREE	Passation	–10 à 20 minutes pour la version 18 mois-5 ans –15 minutes pour la version 6-18 ans (California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare)
	Correction	15-25 minutes (ACJQ, 2009)
	Interprétation	Environ 30 minutes (ACJQ, 2009)
QUALIFICATIONS DE BASE POUR UTILISATION DE L'OUTIL	Pas de qualification spécifique pour la passation et la correction. Pour l'interprétation, maîtrise et connaissance de la théorie et de la méthodologie de l'évaluation standardisée requises.	
EXIGENCES DE FORMATION SPECIFIQUE	Exige 2 jours de formation.	
EXIGENCES DE SUPERVISION	Supervision requise.	
MANUEL D'ACCOMPAGNEMENT	Manuel d'accompagnement : ☒ Oui ☐ Non Langues : ☐ français ☒ anglais	
CONVIVIALITE FACILITE D'UTILISATION	L'outil est simple et accessible. La durée de passation est raisonnable.	

COUT DE L'OUTIL	63,00 $ pour chacun des inventaires ou des formulaires des quatre modules. Pour l'ensemble du matériel de départ, entre 345,00 et 650,00, selon l'âge de l'enfant et le type d'informateur. Voir http ://irpcanada.com
SE PROCURER L'OUTIL	Institut de recherches psychologiques du Canada : http ://irpcanada.com

NOTORIETE	
NOTORIETE DE L'OUTIL	L'outil est un des instruments de mesure les plus utilisés au monde pour l'évaluation des troubles de comportement, tant en recherche qu'en clinique.
Nombre de fois mentionné dans les grilles de consultation[41] : ☒ CJ ___1___ ☐ CSSS ___0___ Répertorié par ☐ ACJQ ☐ Autre instance : ___________________________	

APPRECIATION DE LA QUALITE		
DIMENSIONS METHODOLOGIQUES ET PROPRIETES PSYCHOMETRIQUES	Mode de validation	Validation empirique dans la version originale Validation empirique de la version française (Québec, France)
	Propriétés psychométriques et démarches de validation	**Validation empirique de la version originale** – Le California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare a attribué la cote A aux deux versions de l'outil pour la démonstration de leur fiabilité et de leur validité (sur la base d'études de validation publiées dans des revues arbitrées). – Les normes établies pour cet outil sont basées sur une étude réalisée auprès d'un échantillon représentatif de 1 753 enfants, répartis dans 40 états des États-Unis. La composition de l'échantillon était basée sur l'appartenance ethnoculturelle et le statut socio-économique. – Plusieurs études de validation de l'outil ont été réalisées dans différents pays. Les études de Rescorla *et al.* (2007) et d'Ivanova *et al.* (2007) ont démontré que le CBCL présentait une remarquable stabilité de ses propriétés psychométriques dans 30 pays où il a été utilisé, dont certains présentaient de très bas taux d'alphabétisation et de scolarité. Ces données confirment la validité transculturelle de l'outil. De plus, des centaines d'études américaines ont utilisé l'outil avec succès auprès d'échantillons de populations à faible revenu. – Plusieurs études démontrent un lien entre les résultats obtenus au ASEBA, la sécurité de l'attachement, les caractéristiques des interactions parent enfant et la qualité de l'environnement familial tel que mesuré par le Home (Trabulsy *et al.*, 2008). **Validation empirique de la version française** – Il existe quelques études sur les propriétés psychométriques de la traduction en français réalisées auprès de populations françaises et québécoises, mais il n'y a pas encore de normes québécoises.

[41] La « grille de consultation » réfère à la grille remplie par les informateurs des CJ et CSSS interrogés (*N* = 60) lors de la consultation sur les besoins en matière d'outils cliniques en négligence. Dans cette grille, les répondants devaient énumérer les outils que le personnel clinique de leur établissement utilise en dépistage ou en évaluation des situations de négligence.

		– Une de ces études a été réalisée en France pour la version pré 2001 auprès d'un sous-échantillon de garçons consultants âgés de 6 à 11 ans. Les résultats confirment la validité discriminante de la version française et soulignent la stabilité interculturelle de la plupart des regroupements dérivés du CBCL (Vermeersch & Fombonne, 1997). Une validation de la version canadienne-française du « Child Behavior Checklist for Ages 1.5-5 » est en cours de réalisation auprès d'enfants québécois (Camille Gagné, Université Laval).
FORCES	– L'outil a été développé sur la base de plusieurs années de recherche et d'expérience pratique pour identifier les modèles de fonctionnement des enfants et des adolescents. – Conçu pour utilisation par des cliniciens. – L'outil peut donc être utilisé par différents intervenants dans différents contextes et auprès de populations d'origines socioculturelles diverses. – L'outil est traduit en 85 langues. – L'outil est convivial et facilement accessible. Il évalue rapidement l'importance des difficultés perçues. – Tient compte des difficultés intériorisées aussi bien qu'extériorisées. – Permet une mesure des compétences sociales. – Facilite la sélection de comportements à cibler dans l'intervention. – Sensible aux changements.	
LIMITES	– Limité par la validité du répondant. – Évalue strictement les comportements du jeune, mais ne formule pas de diagnostics et n'aborde pas l'aspect des cognitions, croyances ou des émotions associées aux comportements.	

REFERENCES

ACHENBACH, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist*/4-18 and 1991 Profile. Burlington : University of Vermont, Department of Psychiatry.

ACHENBACH, T. M. (1991). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profile*. Burlington, VT : Department of Psychology, University of Vermont.

ACHENBACH, T. M. (1992). *Revised Child Behavior Checklist*. Burlington : University of Vermont.

ACHENBACH, T. M., ET RESCORLA, L. A. (2000). *Manual for the ASEBA preschool forms and profiles*. Burlington : University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.

ACHENBACH, T. M., ET RESCORLA, L. A. (2001). *Manual for the ASEBAschool-age forms & profiles*. Burlington : University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.

ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC (2009). *Répertoire des outils cliniques en centre jeunesse : fiches/outils cliniques.* Montréal : ACJQ.

BROUSSEAU, M., BEAUDRY, M., SIMARD, M., ET CHARBONNEAU, C. (2009). *Le « Projet famille » en contexte de négligence : Développement et expérimentation d'une intervention familiale*. Québec : Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire.

IVANOVA, M. Y., DOBREAN, A., DOPFNER, M., EROL, N., FOMBONNE, E., FONSECA, A. C., … CHEN, W. J. (2007). Testing the 8-Syndrome Structure of the Child Behavior Checklist in 30 Societies. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *36*, p. 405-417.

RESCORLA, L., ACHENBACH, T. M., IVANOVA, M. Y., DUMENCI, L., ALMQVIST, F., BILENBERG, N., ET VERHULST, F. (2007). Epidemiological comparisons of problems and positive qualities reported by adolescents in 24 countries. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*, p. 351-358.

VERMEERSCH, S., ET FOMBONNE, E. (1997). Le Child Behavior Checklist : résultats préliminaires de la standardisation de la version française : cognition et développement, un nouveau regard sur la psychopathologie de l'enfant?. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, *45*(10), p. 615-620.

AUTRES RÉFÉRENCES PERTINENTES

ABOLT, T., ET THYER, B. A. (2002). Social Work Assessment of Children with Oppositional Defiant Disorder : Reliability and Validity of the Child Behavior Checklist. *Social Work in Mental Health*, *1*(1), p. 73-84.

DEDRICK, R. F., GREENBAUM, P. E., FRIEDMAN, R. M., WETHERINGTON, C. M., ET KNOFF, H. M. (1997). Testing the structure of the Child Behavior Checklist 4-18 using confirmatory factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, *57*(2), p. 306-313.

FORTIN, A., CHAMBERLAND, C., ET LACHANCE, L. (2000). La justification de la violence envers l'enfant : un facteur de risque de violence. *La Revue internationale de l'éducation familiale, 4*(2), p. 5-34.

GERSHATER-MOLKO, R. M., LUTZKER, J. R., ET SHERMAN, J. A. (2003). Assessing child neglect. *Aggression and violent behaviour*, *8*, p. 563-585.

LACHARITÉ, C. (1993). *Traduction du Child Behavior Checklist*, document non publié. Trois-Rivières : Université du Québec à Trois-Rivières.

LEINER, M., RESCORLA, L., MEDINA, I., BLANC, O., ET ORTIZ, M. (2010). Psychometric Comparisons of the Pictorial Child Behavior ChecklistWith the Standard Version of the Instrument. *Psychological Assessment*, *22*(3), p. 618-627.

SIM, L., FRIEDRICH, W. N., DAVIES, W. H., TRENTHAM, B., LENGUA, L., ET PITHERS, W. (2005). The Child Behavior Checklist as an indicator of posttraumatic stress disorder and dissociation in normative, psychiatric and sexually abused children. *Journal of Traumatic Stress*, *18*(6), p. 697-705.

TARABULSY, G. M., PROVOST, M. A., LEMELIN, J. P., MOSS, E., BERNIER, A., MORAN, G., … DUBÉ, J. (2008). L'observation de la sensibilité parentale et de la sécurité d'attachement lors de visites à domicile. Dans G. M. TARABULSY, M. A. PROVOST, S. DRAPEAU, ET É. ROCHETTE (dir.), *L'évaluation psychosociale auprès des familles vulnérables*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

WOLFE, D. A. (1985). Child-abusive parents : An empirical review and analysis. *Psychological Bulletin*, *97*, p. 462-482.

COLLABORATION
Certaines informations présentes dans cette fiche sont issues d'un échange écrit avec une professionnelle du CJ Lanaudière qui utilise l'outil.

7. **TRAUMA SYMPTOM CHECKLIST FOR CHILDREN (8-16 ANS) (TSCC)** (Briere, 1996)
8. **TRAUMA SYMPTOM CHECKLIST FOR YOUNG CHILDREN (3-12 ANS) (TSCYC)** (Briere, 2005)

DIMENSIONS DESCRIPTIVES		
CARACTERISTIQUES DE L'OUTIL		
TITRE DE L'OUTIL	**Trauma Symptom Checklist for Children (8-16 ans) (TSCC)** (Briere, 1996) **Trauma Symptom Checklist for Young Children (3-12 ans) (TSCYC)** (Briere, 2005)	
TYPE D'OUTIL	Outil d'évaluation des traumatismes chez les enfants et les adolescents	
FORMAT DE L'INSTRUMENT ET DU MATERIEL DE PASSATION	☐ grille d'observation ☐ entrevue ☒ questionnaire ☐ autre (précisez) : ___________ Inventaire de symptômes	
DESCRIPTION DE L'OUTIL	But de l'outil	– Le *Trauma Symptom Checklist for Children* (TSCC) et le *Trauma Symptom Checklist for Young Children* (TSCYC) évaluent les symptômes de stress post-traumatiques chez des enfants et des adolescents qui ont vécu des expériences traumatisantes telles que l'abus sexuel, physique et psychologique; la négligence; la violence interpersonnelle, un accident majeur ou un deuil majeur. – Les échelles ne mesurent pas seulement le stress post-traumatique lui-même, mais aussi les symptômes connexes détectés chez certains enfants traumatisés.
	Nombre d'items	<u>TSCC</u> – Outil auto rapporté de 54 items (pensées, sentiments et comportements). Les questions évaluent la fréquence d'apparition des symptômes sur une échelle en 4 points (jamais, parfois, souvent, presque toujours). – Les items du TSCC sont rédigés de façon à ce qu'ils puissent être compris par un enfant de 8 ans ou plus. <u>TSCYC</u> – Le TSCYC contient quant à lui 90 items et doit être rempli par la personne responsable de l'enfant.
	Sphères visées par l'outil	<u>TSCC</u> – Les 54 items sont répartis en 6 sous-échelles : anxiété, dépression, colère, stress post-traumatique, préoccupations et détresse sexuelle, dissociation ouverte ou de fantaisie. Deux d'entre elles (stress post-traumatique et dissociation) réfèrent à des symptômes primaires de l'état de stress post traumatique et les quatre autres (anxiété, dépression, colère et inquiétudes sexuelles) à des symptômes secondaires pouvant y être associés. – L'instrument comporte aussi deux échelles de validité permettant de mesurer la tendance à sous-estimer ou à surestimer des symptômes. – Le TSCC propose également une version alternative dans laquelle les items relatifs à l'abus sexuel sont absents (44 items au lieu de 54). – TSCYC : Mêmes sphères.
CLIENTELE / POPULATION VISEE	– L'outil vise des enfants/adolescents âgés de 3 à 16 ans. Il y a deux questionnaires différents selon le groupe d'âge : le *Trauma Symptom Checklist for Children (8-16 ans)*, complété par l'enfant lui-même et le *Trauma Symptom Checklist for Young Children (3-12 ans)*, complété par le parent.	

	– L'outil est conçu pour une clientèle similaire à celle des CJ ayant vécu des expériences traumatisantes, telles que l'abus physique ou sexuel, la victimisation par les pairs, un deuil majeur, etc.
PROCEDURE D'ADMINISTRATION	– Le TSCC est complété par l'enfant. – Le TSCYC est complété par le parent. – Le participant écrit directement ses réponses dans le feuillet de réponse.
NATURE DES RESULTATS OBTENUS	Un score pour chaque échelle clinique est calculé. Plus le score est élevé, plus l'enfant présente de symptômes cliniques. Les deux outils offrent des profils de cotation différents selon l'âge du sujet (TSCC : 8-12 ans et 13-16 ans; TSCYC : 3-4, 5-9, et 10-12 ans) et le sexe. Les scores obtenus par le sujet sont interprétés à partir de scores T. Le score du sujet est pondéré en fonction des scores d'un échantillon standardisé. Un score T de 65 et plus indique que le répondant est considéré cliniquement significatif, sauf pour l'échelle de préoccupations sexuelles dont le seuil clinique est 70. Les scores T entre 60 et 65 suggèrent une symptomatologie importante, sans toutefois être clinique. (http ://www4.parinc.com/Products/Product.aspx?ProductID=TSCC)
INFORMATIONS PRATIQUES	
LANGUE	☒ français ☒ anglais ☒ adaptation - contexte québécois ☐ autre (précisez) : – Pour la traduction du *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC),* deux sources (Wright & Sabourin, S., 1996; Jouvin, Cyr, Thériault & Wright, 2001). – Pour la traduction du *Trauma Symptom Checklist for Young Children (3-12 ans).* (Desaulniers, Allaire, & St-Laurent, D., 2003).
DUREE	Passation : TSCC : 15 à 20 minutes. Informations non disponibles pour le TSCYC Correction : TSCC : 10-15 minutes. Informations non disponibles pour le TSCYC Interprétation : TSCC : 30-45 minutes. Informations non disponibles pour le TSCYC
QUALIFICATIONS DE BASE POUR UTILISATION DE L'OUTIL	Le TSCC peut être administré par des personnes qui n'ont pas de formation spécifique en psychologie clinique ou dans un champ connexe. Pas de qualification particulière requise pour la correction. L'interprétation du TSCC doit être faite par des personnes ayant complété un premier cycle du domaine social et qui ont bénéficié d'une formation et d'une supervision leur permettant de travailler avec ce type d'instrument.
EXIGENCES DE FORMATION SPECIFIQUE	Aucune spécification
EXIGENCES DE SUPERVISION	Aucune spécification
MANUEL D'ACCOMPAGNEMENT	Manuel d'accompagnement : ☒ Oui ☐ Non Langues : ☐ français ☒ anglais
CONVIVIALITE FACILITE D'UTILISATION	TSCC : Outil facile à administrer et facile à comprendre pour les jeunes
COUT DE L'OUTIL	En anglais : 158,00$ US pour la trousse de départ TSCYC : 235,00$ pour la trousse de départ
SE PROCURER L'OUTIL	Psychological Assessment Resources, Inc (http ://www4.parinc.com/Products/Product.aspx?ProductID=TSCC) Institut de recherches psychologiques

NOTORIETE	
NOTORIETE DE L'OUTIL	Outils très connus. Utilisés par des cliniciens et des chercheurs à travers l'Amérique du Nord.
Nombre de fois mentionné dans les grilles de consultation[42] : ☐ CJ ___0___ ☐ CSSS ___0___ Répertorié par ☒ ACJQ (2009) ☐ Autre instance : _________________________	

APPRECIATION DE LA QUALITE		
DIMENSIONS METHODOLOGIQUES ET PROPRIETES PSYCHOMETRIQUES	Mode de validation	Validation empirique de la version originale Les études de validation de la traduction française sont incomplètes
	Propriétés psychométriques et démarches de validation	<u>Validation des outils originaux</u> – Il existe plusieurs études de validation du *Trauma Symptom Checklist for Children (8-16 ans)* (Briere & Lanktree, 1995, cité dans Briere, 1996; Evans, Briere, Boggiano, & Barrett, 1994, cité dans Briere, 1996; Crouch *et al.*, 1999; Lanktree *et al.,* 2008; Sadowski & Friedrich, 2000) et du *Trauma Symptom Checklist for Young Children (3-12 ans)*, (Briere *et al.*, 2001; Lanktree *et al.*, 2008; Pollio *et al.*, 2008; Wherry *et al.*, 2008). – Le TSCC a été testé sur 3008 enfants. La cohérence interne de cinq des six échelles est très élevée (0.82 à 0.89). En ce qui concerne l'échelle mesurant les préoccupations sexuelles la cohérence interne est modérée (0.77). La validité de l'instrument est considérée comme acceptable et satisfaisante. – La validité de convergence du TSCYC a notamment été étudiée auprès d'un groupe d'enfants suivis pour des symptômes de troubles de stress post-traumatiques. Les résultats obtenus suggèrent la possibilité que l'outil soit utilisé comme outil de dépistage rapide et économique de troubles de stress post-traumatiques (Pollio *et al.*, 2008). – La validation de convergence du TSCYC (Wherry *et al.*, 2008) et du TSCC (Crouch *et al.*, 1999; Nilsson *et al.*, 2008) a été étudiée auprès d'échantillons cliniques d'enfants abusés sexuellement avec des résultats satisfaisants. <u>Validation de la traduction française du TSCC</u> Les auteurs d'une étude québécoise utilisant la traduction française du TSCC auprès de 1556 enfants rapportent que la structure factorielle demeure la même que pour l'échelle originale et que la consistance interne varie entre ,70 et ,84 (Jouvin *et al.*, 2001).
FORCES	– Le TSCC prend en compte la perspective de l'enfant. – Permet d'évaluer plus d'une variable dans un court laps de temps (ACJQ, 2009). – Utile pour situer les impacts de la violence (ACJQ, 2009). – Aide à déterminer les objectifs à poursuivre (ACJQ, 2009). – L'outil est conçu pour une clientèle similaire à celle des CJ ayant vécu des événements traumatisants (ACJQ, 2009).	

[42] La « grille de consultation » réfère à la grille remplie par les informateurs des CJ et CSSS interrogés (*N* = 60) lors de la consultation sur les besoins en matière d'outils cliniques en négligence. Dans cette grille, les répondants devaient énumérer les outils que le personnel clinique de leur établissement utilise en dépistage ou en évaluation des situations de négligence.

	– Outil facile à administrer et facile à comprendre pour les jeunes : utilité du TSCC comme instrument de dépistage pour les cliniciens qui peuvent ensuite établir et fournir l'aide thérapeutique appropriée pour ces enfants (Nilsson *et al.,* 2008). – Outil qui permet de bien identifier les symptômes traumatiques pour les enfants et les adolescents qui ont subi des traumatismes et spécifiquement pour les enfants et les adolescents qui ont été abusés sexuellement (Nilsson *et al.,* 2008). – Les deux outils sont construits sur la base de théories et de recherches sur le développement des enfants, les traumas chez l'enfant et les réactions de l'enfant aux évènements traumatisants.
LIMITES	– Le TSCC doit être rempli par l'enfant lui-même : certains auteurs (Lanktree *et al.* 2008; Wherry *et al.*, 2008) proposent de tenir compte tant du point de vue de l'enfant que celui du parent en ce qui concerne l'évaluation des traumatismes vécus par l'enfant (favoriser la multiplicité des sources d'informations). Pour ce faire, il faudrait selon eux envisager la possibilité d'administrer le TSCC à l'enfant ainsi que le TSCYC au parent, même dans les cas où l'enfant est âgé de plus de 8 ans. Cette façon de faire fournirait davantage d'informations cliniques sur les symptômes et besoins de l'enfant. – La formulation de certains items du TSCYC peut être offensante pour certains parents. – Le TSCYC est un outil relativement récent qui n'a pas fait l'objet de beaucoup d'études de validation.

REFERENCES

ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC (2009). *Répertoire des outils cliniques en centre jeunesse : fiches/outils cliniques.* Montréal : ACJQ.

BRIERE, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children* (TSCC). Odessa, FL : Psychological Assessment Resources.

BRIERE, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children : Professional Manual.* Florida : Psychological Assessment Resources Inc.

BRIERE, J. (2005). *Trauma Symptom Checklist for Young Children* (TSCYC). Odessa, FL : Psychological Assessment Resources.

BRIERE, J., JOHNSON, K., BISSADA, A., DAMON, L., CROUCH, J., GIL, E., … ERNST, V. (2001). The Trauma Symptom Checklist for young children : Reliability and association with abuse exposure in a multi-site study. *Child Abuse and Neglect*, *25*(8), p. 1001-1014.

CROUCH, J. L., SMITH, D. W., EZZELL, C. E., ET SAUNDERS, B. E. (1999). Measuring Reactions to Sexual Trauma among Children : Comparing the Children's Impact of Traumatic Events Scala and the Trauma Symptom Checklist for Children. *Child Maltreatment*, *4*(3), p. 255-263.

DESAULNIERS, R., ALLAIRE, S., ET ST-LAURENT, D. (2003). *L'inventaire des symptômes traumatiques chez les jeunes enfants* (Document inédit). (Traduction française de « Trauma Symptom Checklist for Young Children » de Briere, 1999). Trois-Rivières : Université du Québec à Trois-Rivières.

JOUVIN, E., CYR, M., THÉRIAULT, C., ET WRIGHT, J. (2001). *Étude des qualités psychométriques de la traduction française du Trauma Symptom Checklistfor Children (TSC-C)* (Mémoire de maîtrise). Montréal : Université de Montréal, Département de Psychologie.

LANKTREE, C. B., GILBERT, A. M., BRIERE, J., TAYLOR, N., CHEN, K., MAIDA, C. A., ET SALTZMAN, W. R. (2008). Multi-informant assessment of maltreated children : Convergent and discriminant validity of the TSCC and TSCYC. *Child Abuse & Neglect*, *32*(6), p. 621-625.

NILSSON, D., WADSBY, M., ET SVEDIN, C. G. (2008). The psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist For Children (TSCC) in a sample of Swedish children. *Child Abuse & Neglect*, *32*(6), p. 627-636.

POLLIO, E. S., GLOVER-ORR, L. E., ET WHERRY, J. N. (2008). Assessing Posttraumatic Stress Disorder Using the Trauma Symptom Checklist for Young Children. *Journal of Child Sexual Abuse*, *17*(1), p. 89-100.

WHERRY, J., GRAVES, L., ET RHODES, H. (2008). The Convergent Validity of the Trauma Symptom Checklist for Young Children for a Sample of Sexually Abused Outpatients. *Journal of Child Sexual Abuse*, *17*(1), p. 38-50.

WRIGHT, J., ET SABOURIN, S., (1996). *Traduction française du Trauma Symptom Checklist for Children*(TSC-C) (Briere, 1989) (Document inédit). Montréal : Université de Montréal, Département de Psychologie.

AUTRES RÉFÉRENCES PERTINENTES

JOUVIN, E., CYR, M., THÉRIAULT, C., ET WRIGHT, J. (2002). Évaluation des qualités psychométriques de la traduction française du Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C). (Evaluation of the psychometric qualities of the French translation of the Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C)) (Unpublished manuscript). Montréal : Université de Montréal.

SADOWSKI, C. M., ET FRIEDRICH, W. N. (2000). Psychometric properties of the Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) with psychiatrically hospitalized adolescents. *Child Maltreatment*, *5*, p. 364-372.

SINGER, M. I., ANGLIN, T. M., SONG, L. Y., ET LUNGHOFER, L. (1995). Adolescents' exposure to violence and associated symptoms of psychological trauma. *Journal of the American Medical Association*, *273*, p. 477-482.

WRIGHT, J., FRIEDRICH, W. N., CYR, M., THÉRIAULT, C., PERRON, A., LUSSIER, Y., ET SABOURIN, S. (1998). The evaluation of Franco-Quebec victims of child sexual abuse and their mothers : The implementation of a standard assessment protocol. *Child Abuse & Neglect, 22*(1), p. 9-23.

WRIGHT, J., SABOURIN, S., ET LUSSIER, Y. (1995). Traduction du Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC; Briere, 1996). Montréal : Université de Montréal, Département de psychologie.

ANNEXE 8

Outils cliniques en négligence privilégiés par le groupe de travail

Outils cliniques en négligence privilégiés par le groupe de travail

AXÉS SUR LA NÉGLIGENCE

- Childhood Level of Living Scale
- Index de négligence (Trocmé)
- Mother-Child Neglect Scale
- Multidimensional Neglectful Behavior Scale

MULTIFACTORIELS

-  Grille de dépistage du risque de discontinuité et d'instabilité
- Guide d'évaluation des capacités parentales (Steinhauer)
- Inventaire concernant le bien-être de l'enfant (ICBE)
- Outils dérivés du cadre d'analyse commun des besoins de l'enfant :
  - Grille commune d'analyse des besoins de l'enfant *(Common Assessment Framework Form)*
  - Grille d'analyse préliminaire des besoins de l'enfant *(Initial Assessment Record)*
  - Cahier d'analyse des besoins de développement de l'enfant (CABE) *(Core Assessment Record)*
- Système de soutien à la pratique (SSP)

ÉVALUATION DES CONDUITES PARENTALES

-  Indice de stress parental (ISP)
- Inventaire du potentiel d'abus (CAPI)

ÉVALUATION DE L'ENVIRONNEMENT SOCIAL ET FAMILIAL

- Family Assessment Form
- Family Need Scale
- HOME
- Inventaire de soutien social et familial (ISSF)
- Questionnaire d'évaluation familiale (Family Assessment Device)

ÉVALUATION DU DÉVELOPPEMENT ET DES COMPORTEMENTS DE L'ENFANT

0-5 ans

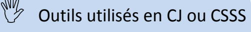
- Grille Ballon
- Grille d'évaluation du développement (GED)
- Inventaire du développement de l'enfant (Brigance)
- Nipissing district developmental screen
- Questionnaires sur les étapes du développement (ASQ)

6-11 ans

-  Achenbach System of Empirically Base Assessment (ASEBA)
-  Trauma Symptom Checklist For Children
- Trauma Symptom Checklist for Young Children

Légende

 Outils recommandés

 Outils utilisés en CJ ou CSSS

